

Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. T. II, Detailergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004

Klinke, Sebastian

Arbeitspapier / working paper

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Klinke, S. (2007). *Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern. T. II, Detailergebnisse einer Befragung Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004*. (Discussion Papers / Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat, Forschungsgruppe Public Health, 2007-301). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH. <https://hdl.handle.net/10419/47418>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Sebastian Klinke

**Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf
Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis
von Ärzten und die Versorgungsqualität
in deutschen Krankenhäusern
Teil II**

Detailergebnisse einer Befragung
Hessischer Krankenhausärzte im Jahre 2004

April 2007
Bestell-Nr. SP I 2007-301
ISSN 1860-8884

Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health
Schwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel.: 030/25491-577

Zusammenfassung

Dieses Paper untersucht die Einflüsse der Einführung prospektiver Finanzierungssysteme im stationären Sektor unter besonderer Berücksichtigung des Einflusses des neuen DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen und berufliches Selbstverständnis von Ärzten und die Versorgungsqualität im Krankenhaus. Dieser Band ist eine Fortsetzung des WZB-Discussion Papers von Oktober 2006 (Klinke/Kühn 2006). Zugrunde liegen auch hier Daten einer repräsentativen Umfrage unter deutschen Krankenhausärzten aus dem Jahre 2004. In diesem Band wird im Detail gezeigt, wie sich Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität zum Zeitpunkt der Befragung aus Sicht der Ärzte darstellen und welche Konflikte zwischen betriebswirtschaftlichen Erfordernissen und Patientenversorgung bestehen.

Welche Folgen die DRG-Einführung für die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus und die Qualität der Patientenversorgung hat, wird im Projekt „Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System“ (WAMP) untersucht, das vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Sozialforschung in Bremen (ZeS) durchgeführt wird. In diesem Beitrag werden Ergebnisse der ersten *quantitativen Ärztebefragung* (W1 Quanti – Ärzte) vorgestellt. Das Projekt wird von der Hans-Böckler-Stiftung, der Gewerkschaft Ver.di, der Gmünder Ersatzkasse (GEK) und der Landesärztekammer Hessen gefördert bzw. unterstützt und vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) und dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen (ZeS) unter der Leitung von Rolf Rosenbrock (WZB) und Bernard Braun (ZeS) durchgeführt. Mitarbeiter sind Petra Buhr (ZeS), Sebastian Klinke (WZB) und Rolf Müller (ZeS). Informationen im Internet finden sich unter www.wamp-drg.de.

Abstract

This paper investigates the implications of introducing prospective payment schemes (DRGs = Diagnosis Related Groups) into the German statutory health care system. This volume is a sequel to a WZB discussion paper from October 2006 (Klinke/Kühn 2006). In this volume the author presents data and findings in more detail from the same 2004 survey among hospital physicians. Working conditions and aspects of quality of care are presented and to what extent changes in hospital funding have invoked shifts in attitude and behaviour on the part of service providers in the inpatient sector of health care services.

The presented data belongs to the research project “Change of medicine and care in the DRG-system” (WAMP), carried out by the Social Science Research Center Berlin (WZB) in collaboration with the Centre for Social Policy Research in Bremen (ZeS). This project investigates the effects of introducing a diagnosis related fixed sum (G-DRGs) reimbursement system to the German hospital sector. The project focuses on changes in working conditions of hospital staff and changes in the provision of care. The study consists of three quantitative longitudinal surveys (physicians, nurses and patients) and repeated qualitative case studies in four German hospitals. In this paper we present results from the 2004 physicians survey (W1 Quanti - Ärzte). The project is funded and/or supported by Hans-Böckler-Stiftung, Ver.di, Gmünder Ersatzkasse (GEK) and Landesärztekammer Hessen.

Inhalt

1	Detailergebnisse der Ärztebefragung 2004	7
2	DRGs: Quantitative Befunde	7
2.1	Trägerschaft, Krankenhausgröße, Fachrichtung, Position und Geschlecht	8
2.1.1	Trägerschaft.....	8
2.1.2	Krankenhausgröße.....	10
2.1.3	Fachrichtung.....	12
2.1.4	Position.....	12
2.1.5	Geschlecht	13
2.2	Arbeitsbedingungen	14
2.2.1	Arbeitszeit	15
2.2.2	Verwendung der Arbeitszeit.....	27
2.2.3	Kooperation.....	38
2.2.4	Arbeitszufriedenheit	50
2.3	Berufliches Selbstverständnis	67
2.3.1	Einstellung zum Anreiz zur Leistungsbegrenzung (Soll)	69
2.3.2	Einschätzung der Praxis	78
2.3.3	Ökonomisierung des beruflichen Selbstverständnisses.....	84
2.4	Versorgungsqualität	95
2.4.1	Organisation der Versorgung	96
2.4.2	Versorgungsgeschehen.....	104
2.4.3	Patientenzufriedenheit	119
2.4.4	Zusammenfassung Versorgungsqualität	123
3	Zusammenfassung aller Befunde	125
4	Literatur.....	133

1 Detailergebnisse der Ärztebefragung¹ 2004

Die erste Befragung wurde im Februar 2004 durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt waren die Krankenhäuser bereits verpflichtet, die DRGs einzuführen. Angaben zu Methode, Grundgesamtheit und Repräsentativität sowie eine Dokumentation der Grundauszählung finden sich in dem WZB-Discussionpaper von Oktober 2006 (Klinke/Kühn 2006). Der Datensatz (n=1538) wurde um diejenigen Befragten bereinigt, die nach derzeitiger Rechtslage (Stand: 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz vom 26.11.2004) weder zum Zeitpunkt der Befragung noch in Zukunft von der Einführung des DRG-Entgeltsystems betroffen sein werden (Psychiatrie, Reha-Kliniken: n=254), so dass sich alle genannten Zahlen auf diese Grundgesamtheit (n=1284) beziehen. Der bereinigte Datensatz (n=1284) ist nach Überprüfung von Strukturdaten mit Zahlen der amtlichen Statistik als repräsentativ für Hessen anzusehen. Mit geringen Abstrichen sind die Daten auch für die BRD als ganzes als repräsentativ zu betrachten (vgl. Klinke/Kühn 2006).

Um die 'blinden Stellen' von quantitativen Erhebungen möglichst gering zu halten und um Kontextwissen zu ermitteln sind jeweils relevante Resultate der im Rahmen des WAMP-Projektes zusätzlich durchgeführten Fallstudieninterviews zu Einschätzungen hinzugezogen worden (Buhr/Klinke 2006a, b). Befunde, die nur im Längsschnittvergleich aussagekräftig sind, gehen hier nicht ein. Alle Ergebnisse dieser ersten Befragung von Krankenhausärzten zu den Auswirkungen der Einführung des neuen DRG-Entgeltsystems sind vorläufiger Natur und müssen sich als Tendenzen in weiteren geplanten Befragungswellen beweisen. Ein gewichtiger Grund für die derzeit vermutlich recht geringe Halbwertszeit von Aussagen der Befragten, ist der Implementationsmodus des DRG-Systems: Jährlich werden bis 2009 die Parameter unter denen sich die Erlössituation der KH entwickelt, teilweise maßgeblich verändert. Dies führt dazu, dass Behandlungsformen in einem Jahr Gewinne und im nächsten Verluste generieren oder umgekehrt. Dies kann, zumindest theoretisch, jeweils zu Schwankungen der wirtschaftlichen Lage des KH, darüber hinaus der Arbeitsbedingungen und im Endergebnis der Versorgungsqualität führen. Unter diesem Vorbehalt lassen sich folgende Ergebnisse als Momentaufnahme der Arbeits- und Versorgungsbedingungen deutscher Krankenhausärzte im Jahre 2004 interpretieren.

2 DRGs: Quantitative Befunde

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität besteht ein direkter Zusammenhang mit einer Ressourcenverknappung, die durch anhaltende Budgetierung und das neue Entgeltsystem ausgelöst wurde. Diese Zusammenhänge konnten anhand der Experteninterviews nachgewiesen werden (s.o.). Die quantitativen Daten

1 Zur Vermeidung schwer lesbarer sprachlicher Wendungen und teilweise aus Gründen der Anonymisierung schließt im gesamten folgenden Text ‚Arzt‘ auch Ärztin und Ärztinnen ein. Ausnahmen beziehen sich auf die Passagen, in denen explizit auf Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen Bezug genommen wird. Gleiches gilt für andere Berufs- und Personengruppen, wie z.B. Pflegekräfte und Patienten. Um anzuzeigen, dass sich die Ausführungen auf beide Geschlechter beziehen, wird in zwangloser Folge mal die männliche und mal die weibliche Form oder ein großes I benutzt.

beschreiben daher den Zustand der stationären Versorgung unter DRG-Bedingungen, selbst wenn keine Längsschnittdaten präsentiert werden. Hinsichtlich einiger Fragenkomplexe im Bereich des beruflichen Selbstverständnisses und der Versorgungsqualität wurden außerdem bereits Zusammenhänge mit DRGs und wirtschaftlicher Lage des Hauses abgefragt.

2.1 Trägerschaft, Krankenhausgröße, Fachrichtung, Position und Geschlecht

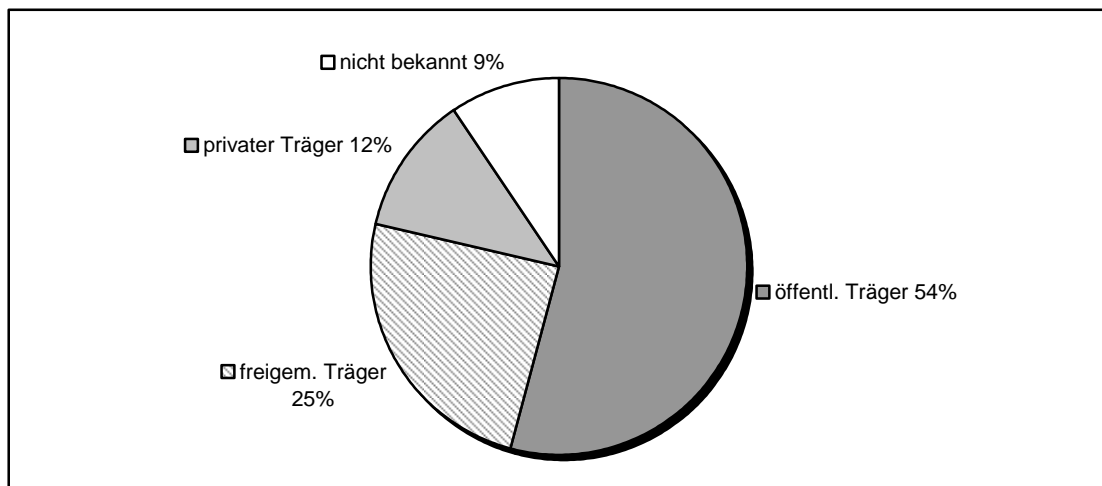
Die Struktur der befragten Ärzte wird anhand der folgenden fünf ausgewählten Merkmale dargestellt: Trägerschaft, Krankenhausgröße, Fachrichtung, Position und Geschlecht.² Bei allen fünf Merkmalen handelt es sich um potenziell erklärende Variablen, wobei von Trägerschaft und Krankenhausgröße eine gewisse Korrelation erwartet werden kann. Diese Strukturmerkmale werden in den weiteren Darstellungen auf ihren erklärenden Gehalt hin untersucht und durch weitere kontextabhängige Variablen teilweise ergänzt. Das Merkmal Geschlecht wird nicht primär als erklärende Variable aufgefasst, da es sich um ein außerhalb der Gestaltungsaufgaben der Gesundheitspolitik befindliches Merkmal handelt. Es hilft stattdessen zu kontrollieren, inwieweit nicht berufs- und institutionsunabhängige Faktoren im Bereich der Problemperzeptionen und normativen Aussagen eine Rolle spielen.

2.1.1 Trägerschaft

Gezeigt wird, ob die Trägerschaft einen Einfluss auf die Arbeitsorganisation und die Versorgungsqualität hat, weshalb hier die neu gegründeten Rechtsformen (gGmbHs und gAGs bzw. GmbHs und AGs) weiterhin ihren Trägern zugeordnet bleiben. Demnach (Abbildung 1) arbeitet die Hälfte der Ärzte in öffentlichen Häusern, während ein Viertel der Krankenhausärzte in Häusern mit gemeinnütziger Trägerschaft beschäftigt ist. In eindeutig privaten Einrichtungen arbeiten 12 Prozent. Neun Prozent der Befragten wissen nicht, unter welchem Träger sie derzeit beschäftigt sind. Dies könnte daran liegen, dass derzeit viele öffentlich-rechtliche und freigemeinnützige Krankenhäuser ihre Rechtsform geändert haben. Dies ist häufig ein erster Schritt, aber nicht die Privatisierung selbst. Somit befinden sich viele Häuser in einer organisatorischen Umbruchsituation, die dazu beitragen kann, dass Teile der Beschäftigten nicht wissen, ob bereits ein Trägerwechsel stattgefunden hat.

2 Diese und andere Strukturmerkmale wurden hinsichtlich ihrer Repräsentativität für Hessen und das Bundesgebiet überprüft, wobei weitgehende Übereinstimmungen mit der Grundgesamtheit der Krankenhausärzte in Hessen und Gesamtdeutschland festgestellt wurden (Klinke/Kühn 2006).

Abbildung 1: Trägerschaft des Krankenhauses (n=1275)



In Bezug auf die intendierte Verankerung betriebswirtschaftlicher Kalküle bei Entscheidungen über die Art und Weise der Leistungserbringung im Krankenhaus behaupten die Träger privater Krankenhausgesellschaften, dass sie gegenüber öffentlichen oder gemeinnützigen Trägern komparative Vorteile aufweisen. Teilweise wird von den Privaten sogar behauptet, wirtschaftlich marode Universitätsklinika auch unter DRG-Bedingungen wettbewerbsfähig machen zu können. Die Verbetriebswirtschaftlichung der Arbeitsprozesse im Krankenhaus wird außerdem als Qualitätssicherungsmaßnahme betrachtet, die auch zu einer Steigerung der Versorgungsqualität führen kann, da ein betriebswirtschaftlich optimiertes Krankenhaus seine Patienten zügig und komplikationsfrei zu behandeln trachtet, da sonst Wartezeiten von Personal und Wiederaufnahmen von Patienten die Kostenseite unnötig belasten würden. Man kann dem jedoch verdachtsweise entgegenhalten, dass gerade das Fehlen gewinnwirtschaftlicher Optimierung von Betriebsabläufen gewährleistet, dass eine möglichst gute Patientenversorgung immer oberste Priorität genießt.³ Außerdem sind die Häuser in privater Hand gezwungen, einen Teil ihrer Gewinne (z.B. 10 Prozent) an die Anteilseigner abzuführen, so dass diese erwirtschafteten Gelder nicht in Investitionen rückfließen können und somit auch nicht der Patientenversorgung zu gute kommen.

Ziel dieser Untersuchung wird es sein herauszufinden, ob Häuser mit privater Trägerschaft signifikante Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität aufweisen bzw. der Frage nachzugehen: Public versus private, does ownership matter? Zusätzlich wird untersucht, ob es bei den vielen Mischformen nicht auch zu einer neuen Kategorie von Krankenhäusern kommt, die eine Verbetriebswirtschaftlichung ihrer internen Strukturen erreichen, unter Abschöpfung von Mobilisierungspotenzialen ihrer Belegschaft und Beibehaltung eines dem Gemeinwohl verpflichteten Images in der Öffentlichkeit. Prädestiniert für ein

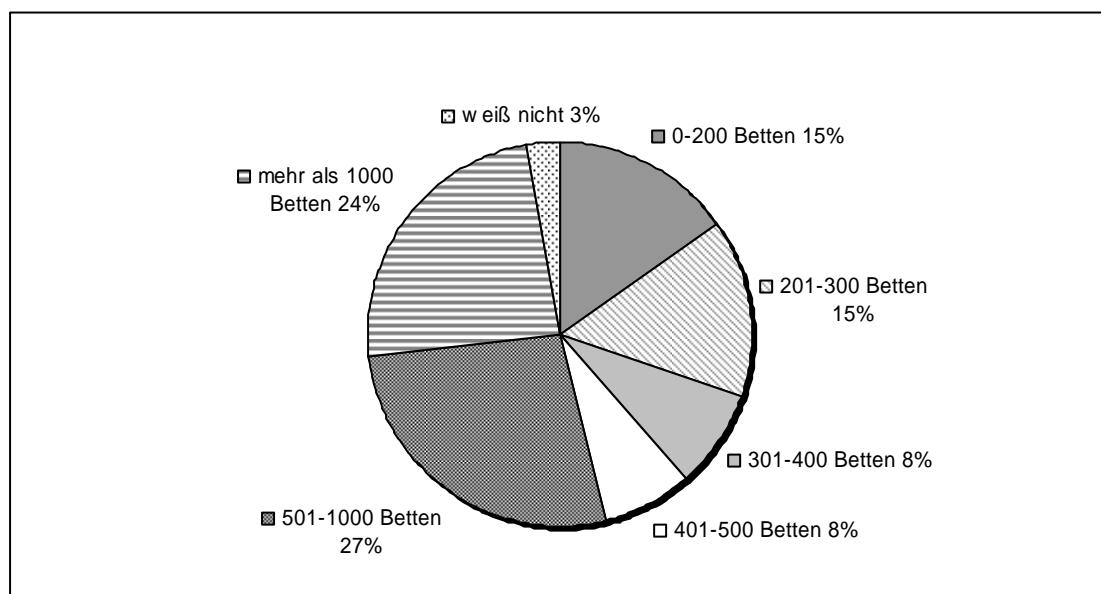
3 Öffentliche und gemeinnützige Krankenhäuser versuchen, dieses Argument im Wettbewerb um Patienten bereits fruchtbar zu machen, wobei insbesondere kirchliche Träger dies offensiv vertreten: „Dieses Besondere der Diakonie – auch die gemeindenähe Versorgung möglichst in der Lebenswelt – muss im Wettbewerb gewahrt werden, ja, es muss als Chance und geradezu als ‚Wettbewerbsvorteil‘ betont werden“ (Gern 2004).

solchen Typus erscheinen vor allem Häuser mit konfessioneller Trägerschaft. Verknüpft mit der Rechtsform GmbH, AG oder Verein⁴ können konfessionelle Häuser besonders gut die moralischen Ressourcen ihrer Belegschaft nutzen. Leitbilder können dabei eine wichtige Rolle spielen (Buhr/Klinke 2006a).

2.1.2 Krankenhausgröße

Wie sich in Abbildung 2 zeigt, sind die befragten Krankenhausärzte in Krankenhäusern sämtlicher Größe beschäftigt. Jeweils 15 Prozent arbeiten in kleinen Häusern mit bis zu 200 Betten sowie in Häusern mit bis zu 300 Betten. Jeweils weitere acht Prozent sind in Einrichtungen mit bis zu 400 Betten und bis zu 500 Betten beschäftigt. Die größte Teilgruppe (27 Prozent) arbeitet in Krankenhäusern mit einer Kapazität von bis zu 1000 Betten. Ein knappes Viertel ist in Häusern über 1000 Betten tätig⁵. Drei Prozent wissen nicht, wie viele Betten ihr Haus hat. Die Krankenhausgröße korreliert nicht nur mit unterschiedlichen Versorgungsaufträgen, sondern auch mit unterschiedlicher Trägerschaft und Versorgungsqualität sowie mit unterschiedlichen Arbeitsbedingungen – so zumindest die zu prüfende Arbeitshypothese.

Abbildung 2: Krankenhausgröße (n=1273)

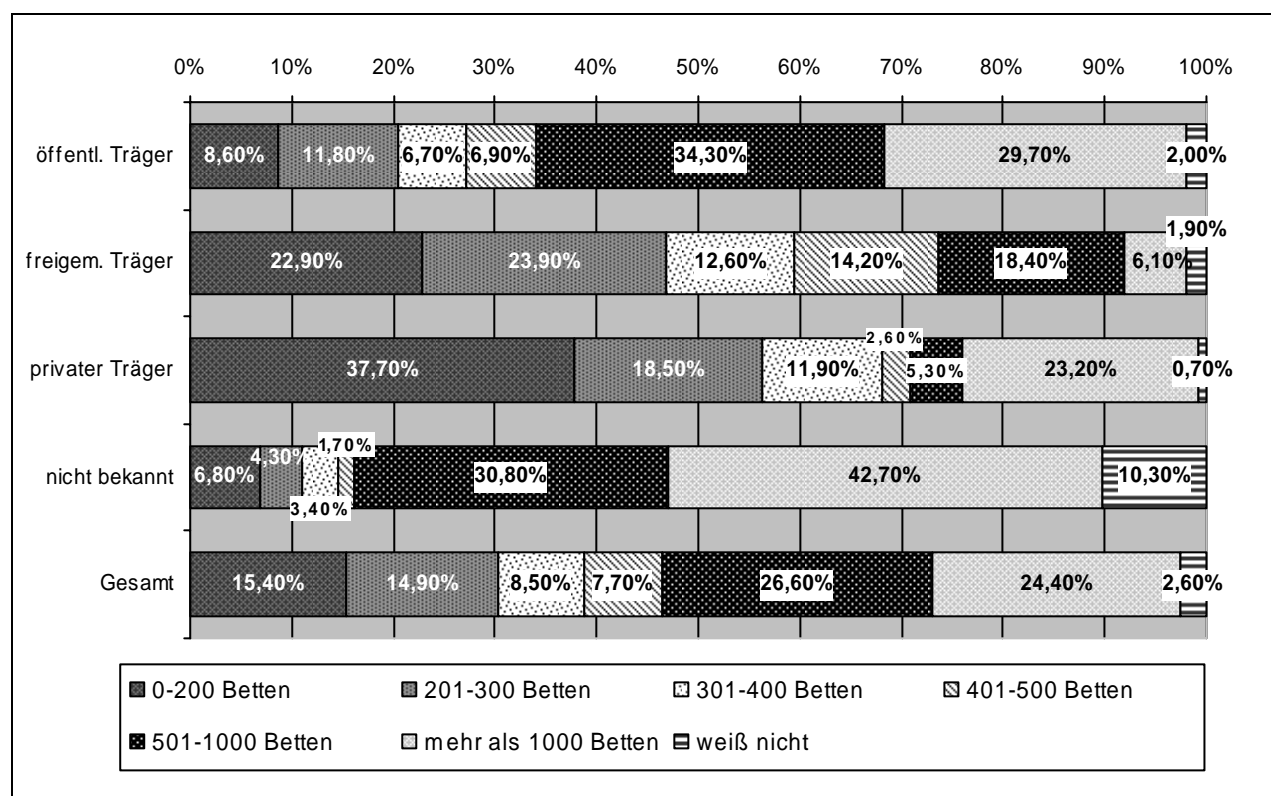


4 Gerade konfessionelle Träger haben bei der Gründung von Krankenhäusern in der Vergangenheit gern auf die Rechtsform des Vereins zurückgegriffen (Jakobi 2004). Vereine sind in ihrer Organisationsstruktur durchaus mit Aktiengesellschaften vergleichbar. Zentral erschien die Frage, ob die Vergabe von Leitungspositionen professionalisiert wird. Über die Vereinsform sind selbst Holdingstrukturen mit vielen, bundesweit operierenden Häusern abbildbar (z.B. VzE in Berlin: www.vze-berlin.de).

5 Den DRGs wird nachgesagt, dass sie einen Konzentrationsprozess zugunsten großer Einheiten begünstigen. Weitere Untersuchungen müssen zeigen, ob sich diese Prognose erfüllt.

Vergleicht man die Krankenhausgröße mit der Trägerschaft, so zeigen sich die erwarteten Korrelationen (sign. <1 Prozent). Der größte Zusammenhang besteht zwischen privatem Träger und 0-200 Betten, was auch der amtlichen Statistik entspricht (Statistisches Bundesamt 2003, 2.4.1). Allerdings sind geringfügig unterdurchschnittlich viele Ärzte in sehr großen (mehr als 1000 Betten) privaten Häusern beschäftigt⁶. Interessant ist, dass diejenigen, die nicht wissen, unter wessen Trägerschaft ihr Haus steht, auch zur Krankenhausgröße häufig keine Angabe machen können. Außerdem arbeitet diese Gruppe überproportional in großen Häusern mit mehr als 1000 Betten. Eventuell handelt es sich um große öffentliche Häuser, die in Umwandlung begriffen sind und Teile der beschäftigten Ärzte über den derzeitigen rechtlichen Status und die Eigentumsverhältnisse im Unklaren sind. Die Befragten in öffentlichen Krankenhäusern repräsentieren weitestgehend die durchschnittliche Verteilung der amtlichen Statistik nach Krankenhausgröße. Es arbeiten jeweils ungefähr ein Viertel der Beschäftigten in kleineren Häusern (bis etwa 250 Betten), mittleren Häusern (bis 500 Betten), in großen Häusern (bis 1000 Betten) und in sehr großen Häusern (mehr als 1000 Betten). Ärzte in Häusern mit freigemeinnütziger Trägerschaft arbeiten vor allem in kleineren und mittleren Häusern bis 500 Betten.

Abbildung 3: Krankenhausgröße nach Trägerschaft (n=1264)

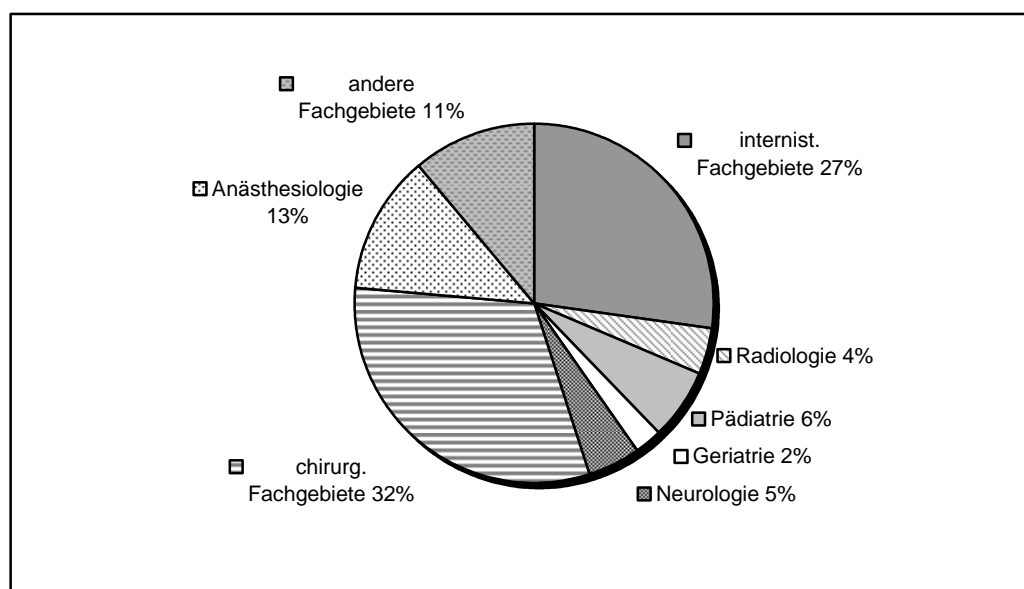


6 Eventuell ist dieser hohe Anteil sehr großer privater Einrichtungen den Wirrnissen der Trägerschaftstransition zu verdanken. Öffentliche Krankenhäuser haben derzeit teilweise privatwirtschaftliche Managementstrukturen oder Elemente dessen angenommen und/oder sind bereits in Kapitalgesellschaften umgewandelt worden, ohne dass sich bereits die Trägerschaft geändert hätte. Berechtigterweise könnte in solchen Fällen von Zwitterinstitutionen gesprochen werden. Inwieweit die Ärzte dann dazu neigen anzunehmen, die Privatisierung sei bereits mit der Gründung einer Kapitalgesellschaft vollzogen, darüber kann nur spekuliert werden. Unplausibel erscheint dies jedoch nicht.

2.1.3 Fachrichtung

Mit einem Anteil von knapp 32 Prozent sind die meisten der Befragten in der Chirurgie (Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, sonstige chirurgische Fachgebiete, Orthopädie, Gynäkologie, sonstige operative Fachgebiete) tätig. Auf inneren Abteilungen (Kardiologie, Gastroenterologie, sonstige internistische Fachgebiete) arbeiten ca. 27 Prozent der Ärzte. Sechs Prozent sind in der Pädiatrie und weitere fünf Prozent in der Neurologie beschäftigt. Die Anästhesie (13 Prozent) ist das dritthäufigste Beschäftigungsgebiet. Vier Prozent sind als Radiologen und zwei Prozent als Geriater tätig. Die restlichen 11 Prozent verteilen sich auf diverse andere Fachgebiete. Hypothetisch wird davon ausgegangen, dass in den verschiedenen Fachgebieten unterschiedliche Reaktionen auf die Einführung der DRGs stattfinden, d. h. die Veränderungen in den Bereichen der Arbeitsbedingungen und der Versorgungsqualität signifikant voneinander abweichen.

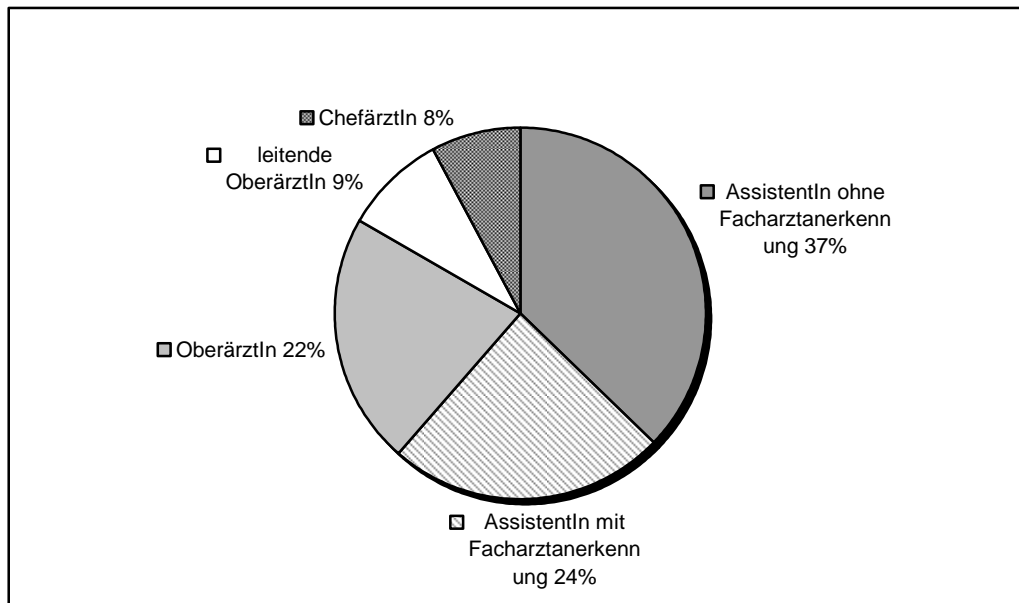
Abbildung 4: Fachrichtung (n=1279)



2.1.4 Position

Die größte Gruppe stellen Assistenten ohne Facharztanerkennung (37 Prozent), gefolgt von den Assistenten mit Facharztanerkennung (24 Prozent). Die Assistenzärzte stellen demzufolge fast zwei Drittel der Befragten. Ein gutes Drittel sind leitende Ärzte (17 Prozent) und Oberärzte (22 Prozent). Es wird davon ausgegangen, dass je nach Position die Arbeitsbedingungen stark differieren (z.B. Dienste, Möglichkeit zu Teilzeitarbeit). Auch der befragungsrelevante Wissensstand differiert systematisch. Leitende Ärzte können, aufgrund der traditionell stark hierarchisch geprägten Arbeitssituation im Krankenhaus, starken Einfluss auf das Behandlungsgeschehen nehmen. Daher kommt der Gruppe der leitenden Oberärzte und Chefärzte eine Sonderrolle in der Befragung zu, wenn es um die Einschätzung faktischer Prozesse geht.

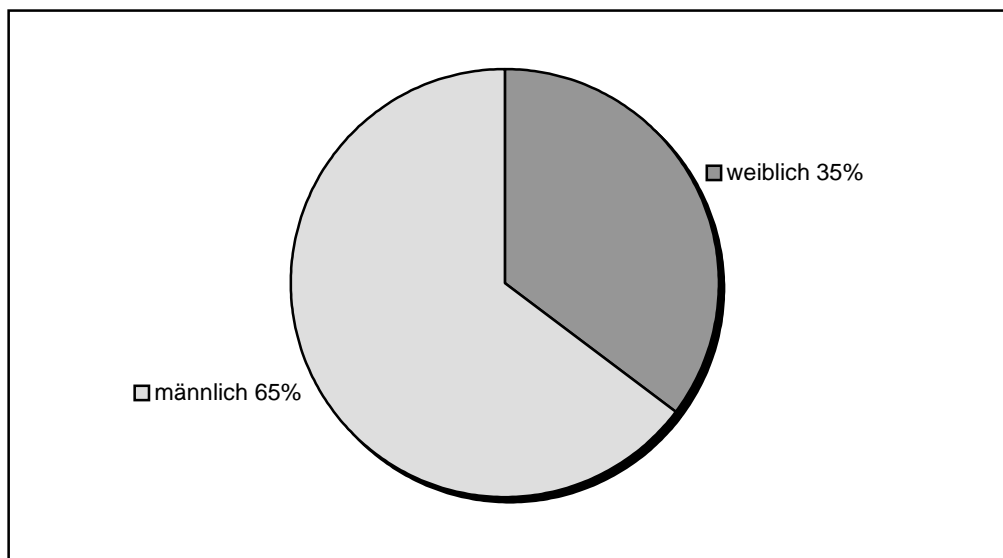
Abbildung 5: Position (n=1284)



2.1.5 Geschlecht

Von den befragten Ärzten sind zwei Drittel (65 Prozent) Männer und ein Drittel (35 Prozent) Frauen. In Bezug auf die Position wird eine noch stärker ausgeprägte Ungleichverteilung zu erwarten sein.

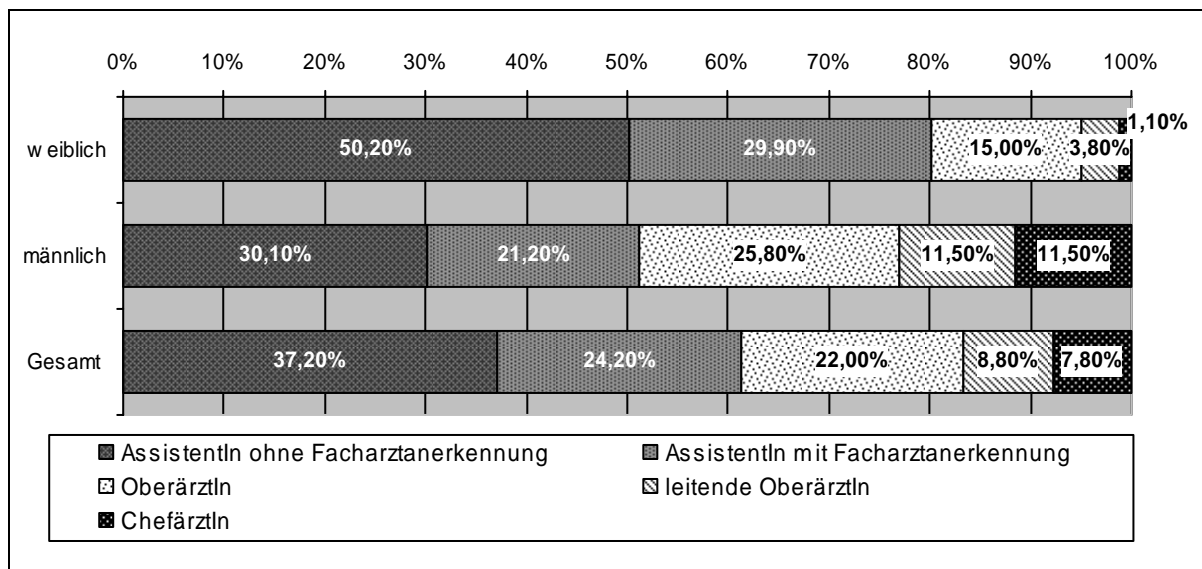
Abbildung 6: Geschlecht (n=1279)



Im Bereich der niedrigsten und der höchsten Hierarchiestufe ist die geschlechtsspezifische Ungleichverteilung am stärksten ausgeprägt: 50 Prozent der Frauen sind Assistentinnen ohne

Facharztanerkennung. Nur ein Prozent bekleiden die Position der Chefärztin. Von den Männern sind nur 30 Prozent Assistenten ohne Facharztanerkennung, jedoch sind 12 Prozent von ihnen Chefärzte. Nicht nur am oberen und unteren Rand der Hierarchiestufen hat das Merkmal Geschlecht eine starke Auswirkung, sondern über die gesamte Verteilung hinweg. Ab und inklusive der Position des Oberarztes sind Frauen stärker unterrepräsentiert als ihr Anteil an allen Ärzten rechnerisch erwarten ließe.

Abbildung 7: Verteilung nach Geschlecht und Position (n=1279)



Die Kategorie Geschlecht ist vor allem immer dann eine erklärende Variable, wenn gewisse Verteilungen von Faktoren außerhalb des institutionellen Bezugsrahmens beeinflusst werden (z.B. Teilzeitarbeit). Es handelt sich also um eine Art Kontrollvariable, die vor Fehlschlüssen schützen kann.

2.2 Arbeitsbedingungen

Mit den in der Befragung verwendeten Begriffen ‚Belastung‘ und ‚Ressourcen‘ (Frage 27-30, vgl. Klinke/Kühn 2006) wird auf ein spezifisches Konzept Bezug genommen: Wenn- gleich der Arbeitsbegriff in jeglicher Deutung immer auch auf die Verausgabung von Energie abzielt (Belastung), so findet sich dennoch (in unterschiedlicher Gewichtung) parallel dazu häufig ein Hinweis auf einen sinnstiftenden Charakter von Arbeit, d. h. die Vorstellung von Arbeit als Bereicherung⁷ des Lebens (Ressource). Charakterisiert werden so vor allem dieje- nigen professionellen Tätigkeiten bzw. Berufe, bei deren Ausübung unterstellt wird, dass ne- ben den primären Funktionen Einkommen und Status auch Sinn gebende Elemente eine Rolle spielen. Für die Berufsgruppe der Ärzte erscheint eine solche Einschätzung plausibel, weil es

⁷ Sofern diese positive Deutung gemeint ist, wird häufig nicht von ‚Arbeit‘ gesprochen, sondern stattdessen der Begriff ‚Beschäftigung‘ bzw. ‚sinnvolle Beschäftigung‘ verwendet oder unter Ausblendung des Aufwandes nur noch das Er- gebnis betont, z. B. indem von ‚Leistung‘ gesprochen wird (Wahrig/Wahrig-Burfeind 2002).

sich um einen Beruf mit überdurchschnittlichem Einkommen und Status handelt, für den zudem ein ausgeprägtes positives Selbstverständnis (ärztlicher Ethos) existiert. Die für das berufliche Selbstverständnis zentrale Kategorie ‚Heilen und Helfen‘ bezieht sich auf gemeinhin als Sinn gebend anerkanntes Handeln und wird auch so von den Akteuren in ihrer Selbstsicht interpretiert (MBO-Ä 1997). Eine solche Tätigkeit stellt in der Folge nicht nur eine Belastung dar – im Sinne von Verbrauch von Arbeitskraft –, sondern bietet auch Ressourcen – im Sinne anregender, abwechslungsreicher Arbeitsinhalte, beruflicher Erfolge, Anerkennung und sinnstiftender Elemente im Allgemeinen. Wenngleich unklar ist, in welchem Umfang Ressourcen in der Lage sind, Belastungen tatsächlich auszugleichen, so zeigt sich dennoch, dass insbesondere diejenigen Berufe, die anscheinend viele Ressourcen bieten, überproportional lange Arbeitszeiten aufweisen, ohne dass diese negativ konnotiert werden oder gar die Berufswahl infrage stellen. Die jüngsten Ärztestreiks belegen diese These: Es geht den Ärzten (in ihrer Mehrheit) nicht um eine Verkürzung ihrer Arbeitszeit (Klug 2004), sondern um Anerkennung dieser Leistung durch Geld⁸.

Betrachtet werden diejenigen Fragen, die sich auf Arbeitsinhalt, -umfang, -zufriedenheit und -belastung beziehen. Untersucht wird, ob der Ort der Beschäftigung (Größe des Krankenhauses und Trägerschaft) sowie die Fachrichtung und Position des Arztes das Antwortverhalten beeinflussen. Thematisiert werden Arbeitszeiten, Tätigkeitsbereiche, Arbeitsteilung und Kooperationsformen sowie Angaben zur Arbeitszufriedenheit, da diese Bereiche sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch in der Literatur (Ulich 2003; Robert Bosch Stiftung 1995; Lorenz 2000; Leathard 2004; Stern 1996; Stratmeyer 2002; Büssing/Glaser 2002; Kunz/Lüschen 1993; Müller 2000) als zentrale Problemzonen ärztlicher Tätigkeit im Krankenhaus benannt werden.

2.2.1 Arbeitszeit

Wie Angehörige professioneller Berufe ihre Arbeitszeit einschätzen, ob und ab welchem Punkt sie diese als belastend empfinden, hängt nicht zuletzt von den sich wandelnden berufsspezifischen Vorstellungen ab, wie lange ein Arbeitstag oder eine Arbeitswoche sein sollte. Derzeit deutet einiges darauf hin, dass die bei Krankenhausärzten übliche Hinnahmefähigkeit zum Teil extrem langer Arbeitszeiten nicht mehr uneingeschränkt vorausgesetzt werden kann (Boerner/Dütschke/Schwämmle 2005). Das traditionelle Berufsbewusstsein inkludierte die Vorstellung, dass exzessiv lange Arbeitszeiten die Zugehörigkeit zu einer Elite symbolisieren⁹ und von jungen Ärzten als Investition anzusehen sind, die durch später zu erwartende Gratifikationen (Niederlassung) mehr als ausgeglichen wird. Dieses berufliche Selbstverständnis scheint allmählich zu erodieren, nicht zuletzt weil das Gratifikationsversprechen nicht mehr in dem Umfang eingelöst wird, wie es in der Vergangenheit der Fall war

8 Der Marburger Bund fordert 30 Prozent mehr Lohn für Krankenhausärzte, während parallel Umfragen ergeben, dass die Ärzte mehrheitlich nicht an einer Änderung der bestehenden Bereitschaftsdienstregelungen interessiert sind (DKG 2006; Blum/Müller/Offermanns 2004).

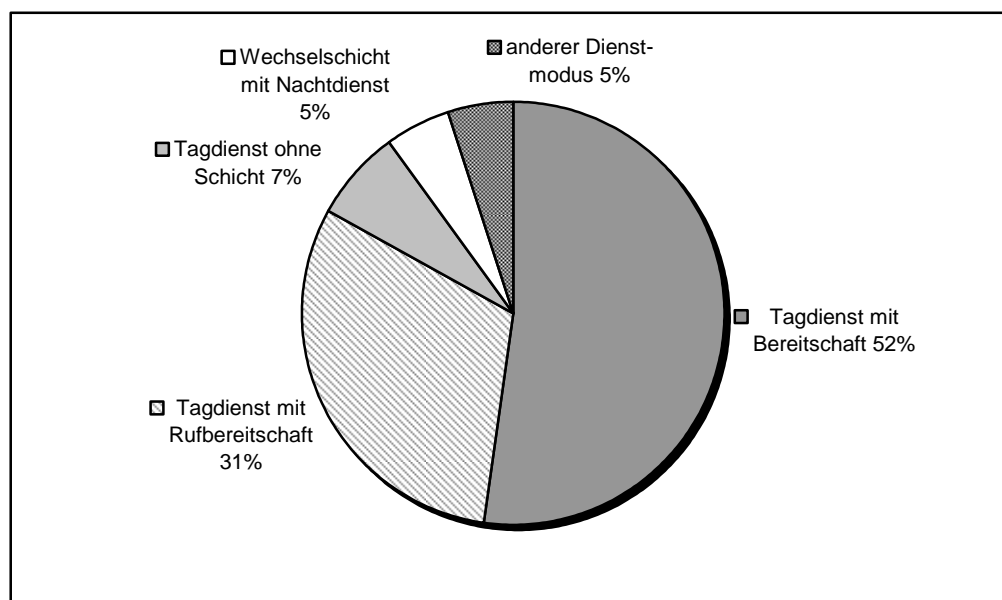
9 Ein chirurgischer Chefarzt meint hierzu (A06): „Also, ich bin Freitag Morgen weggegangen und Montag Abend nach Hause gegangen, (habe) durchgearbeitet. Und es hat mich nie belastet“ (Klinke 2003b).

(Barthold 2005)¹⁰. Kollektives Engagement für bessere Arbeitsbedingungen wird vor allem von jüngeren Ärzten nicht mehr als ehrenrührig oder unärztlich angesehen. Das hat rechtliche und tarifliche Konsequenzen und zeigt sich auch nicht zuletzt in den Auseinandersetzungen um die europäische Arbeitszeitrichtlinie.¹¹

1.1.1.1. Wöchentliche Arbeitszeit und Überstunden

90 Prozent der hessischen Krankenhausärzte arbeiten im Tagdienst, nur 5 Prozent müssen in Wechselschicht arbeiten (Abbildung 8). Insgesamt 52 Prozent leisten Bereitschaftsdienste, 32 Prozent Tagdienst mit Rufbereitschaft. Ohne Bereitschaftsdienste liegt die wöchentliche, tatsächlich geleistete Arbeitszeit bei durchschnittlich ca. 50 Stunden. 49 Prozent der Befragten arbeiten 50 und mehr, 13 Prozent 60 und mehr Stunden (Abbildung 9). Rund 22 Prozent machen keine Überstunden. Diese Angaben decken sich weitgehend mit einer früheren Befragung hessischer Krankenhausärzte (Kaiser/Kortmann 2002).

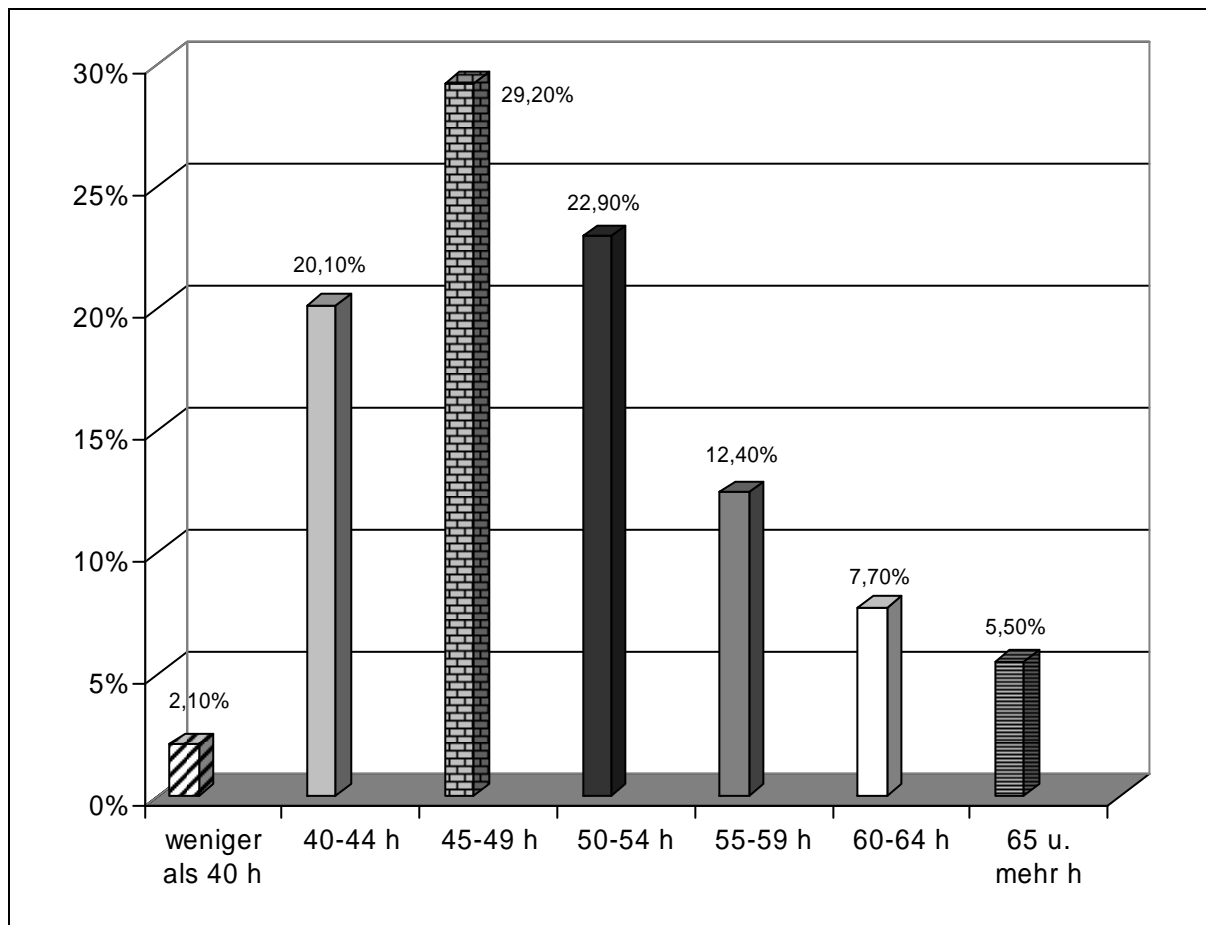
Abbildung 8: Arbeitszeitmodelle (n=1284)



10 Ein HNO-Chefarzt äußert dazu folgende Einschätzung (A02): „Meine Überstunden möchte ich gar nicht mehr zusammenzählen in den 26 Jahren Chef hier oder früher auch in unseren Nachtdiensten. Ich denke, das kann man der jetzigen Generation nicht mehr abverlangen. Ist unzeitgemäß, haben andere Berufsgruppen vor Augen“ (Klinke 2003b).

11 Die europäische Arbeitszeitrichtlinie (max. 48 Wochenstunden Arbeitszeit) erlangte durch das Urteil des EuGH im September 2003 auch für deutsche Krankenhäuser Relevanz, da seitdem feststeht, dass Bereitschaftsdienste grundsätzlich als Arbeitszeit zu werten sind (Amon 2004, 113ff.). Seit 01. Januar 2006 ist das darauf basierende Arbeitszeitgesetz für Klinikärzte in Kraft getreten. Nach Ablauf einer Übergangsfrist bis zum Jahre 2007 gilt eine maximale Arbeitszeit von 48 Stunden pro Woche und zehn Stunden pro Tag für ÄrztInnen in deutschen Kliniken (Carelounge 2006).

Abbildung 9: Tatsächliche wöchentliche Arbeitsbelastung ohne Bereitschaftsdienste, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte (n=1129)



Die Wochenarbeitszeit variiert teilweise sehr stark mit der Position in der ärztlichen Hierarchie des Krankenhauses, der Fachrichtung, der Trägerschaft und der Bettenanzahl. Tabelle 1 verdeutlicht, dass die berufliche Position den bei weitem größten Einfluss auf den Umfang der zu leistenden Mehrarbeit hat. Lässt man die Bereitschaftsdienste außer Acht, so arbeitet im statistischen Modell ein vollzeitangestellter Assistent in der Inneren einer kleinen kommunalen Klinik (öffentlicher Träger, bis 200 Betten) 46 Stunden wöchentlich; sein Chef – bei dem allerdings keine Bereitschaftsdienste hinzukommen – arbeitet 58 Stunden. Generell ist die zeitliche Arbeitsbelastung in größeren Einrichtungen höher als in kleineren. Der Assistent müsste in einem Haus mit über 1000 Betten 51 statt 46 Wochenstunden arbeiten. Bei freigemeinnützigen und privaten Trägern arbeiten die Ärzte wöchentlich 1-1,5 Stunden mehr. In einigen Fachbereichen liegt die Arbeitszeit der Ärzte deutlich unter dem Durchschnitt, so in der Anästhesiologie (-5 h), Geriatrie (-5 h) und Radiologie (-3 h).

Tabelle 1: Tatsächliche wöchentliche Arbeitsbelastung ohne Bereitschaftsdienste, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte (n=1129) – Lineare Regression ¹²

Beeinflussung des Umfangs der tatsächlichen wöchentlichen Arbeitsbelastung durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft	
Einflussvariablen	Koeffizient
Konstante****	46,232 *
Berufliche Position, AssistentIn o. FA	-
Berufliche Position, OberärztIn	2,119 *
Berufliche Position, leit. OberärztIn	4,070 *
Berufliche Position, ChefärztIn	11,283 *
Fachgebiet, Radiologie	-2,713 *
Fachgebiet, Pädiatrie	-
Fachgebiet, Geriatrie	-4,626 *
Fachgebiet, Neurologie	-
Fachgebiet, chirurgische Fachgebiete	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-4,889 *
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-
KH mit 201-300 Betten	-
KH mit 301-400 Betten	-
KH mit 401-500 Betten	1,833 **
KH mit 501-1000 Betten	2,514 *
KH mit mehr als 1000 Betten	4,569 *
Freigemeinnütziger Träger	1,327 *
Privater Träger	1,461 **
R-Quadrat	0,304

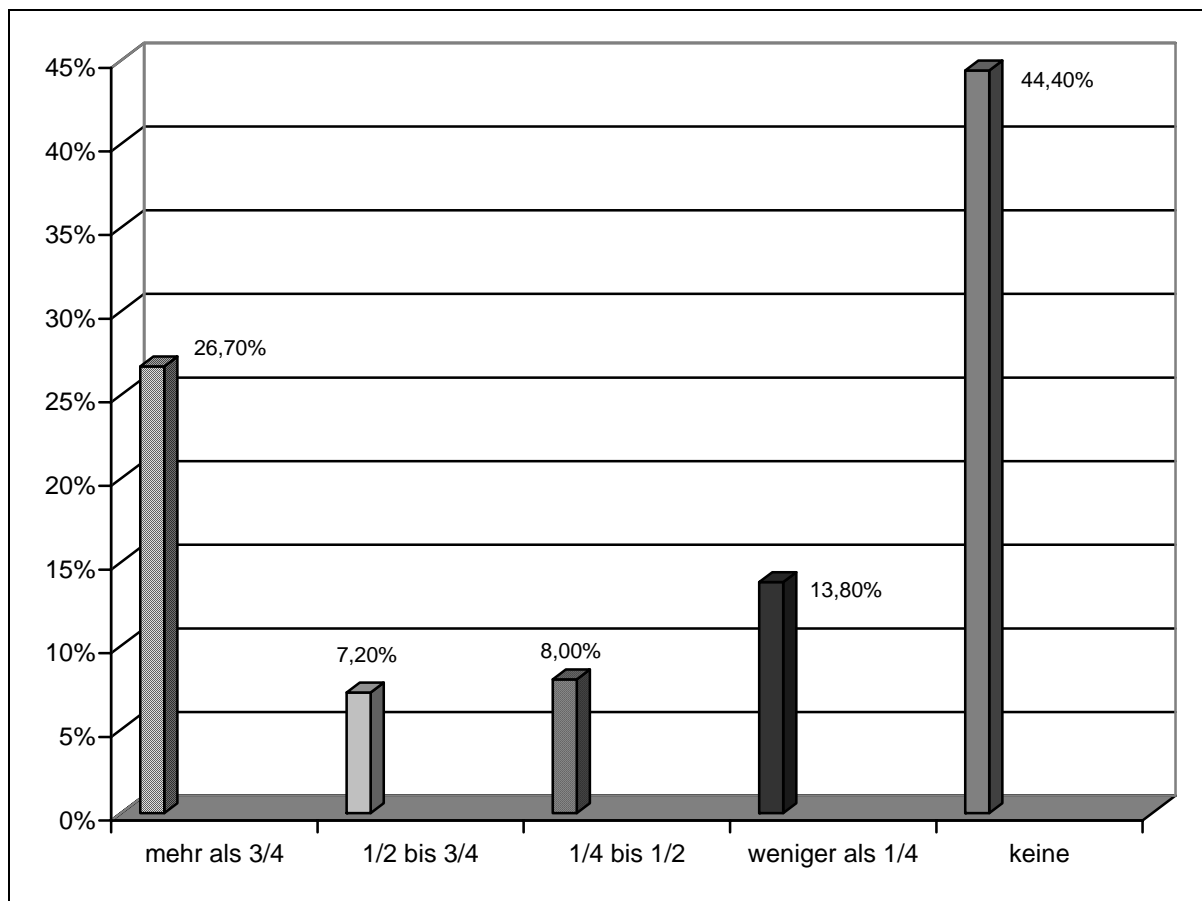
* Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5 Prozent; *** Irrtumswahrscheinlichkeit <10 Prozent; **** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistent mit Facharzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), KH bis 200 Betten (Krankenhausgröße) und öffentlicher Träger (Trägerschaft des KH).

Ob und wie sich die Ärzte durch ihre Überstunden belastet fühlen, dürfte auch davon abhängen, ob anerkannt und honoriert wird, wenn sie länger arbeiten. Die Krankenhäuser erfassen

12 Zu Tabelle 1: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Assistentin mit Facharzt + internistische Fachgebiete + 0-200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein geriatrischer Arzt mit ansonsten identischen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Geriatrie“ und addiert ihn zur Konstanten dazu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Arbeitsbelastung ohne Bereitschaftsdienste): Konstante 46,232 + Geriatrie -4,626 = 41,606. Ein Arzt mit ansonsten identischen Merkmalen hat also eine um etwa 5 Stunden niedrigere wöchentliche Arbeitsbelastung als seine internistische Kollegin. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Geriater, desto weniger Arbeitsbelastung).

und vergüten jedoch nur einen Teil der tatsächlich geleisteten Überstunden. Bei 44 Prozent der Ärzte werden Überstunden gar nicht erfasst und bei weiteren 35 Prozent nur zur Hälfte. Im Hinblick auf die Ärztestreiks sollte jedoch nicht übersehen werden, dass für 27 Prozent der Ärzte bereits mehr als $\frac{3}{4}$ ihrer Überstunden abgerechnet werden, d. h. in vielen Häusern ist es anscheinend möglich Überstunden zu honorieren, ohne dass das wirtschaftliche Überleben gefährdet wird.

Abbildung 10: Anteil dokumentierter und registrierter Überstunden an allen Überstunden, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte (n=1129)



Wie stark die berufliche Position darüber entscheidet, ob und inwieweit Überstunden anerkannt werden, zeigt ein Vergleich: Während Chefärzte keine Überstunden notieren, kann eine Assistenzärztin auf der Inneren einer kleinen kommunalen Klinik (öffentlicher Träger, bis 200 Betten) 44 Prozent ihrer Mehrarbeit abrechnen. Auch das Fachgebiet spielt eine Rolle: Wenn die Assistenzärztin statt in der Inneren Medizin in der Pädiatrie, der Chirurgie oder sogar der Anästhesiologie tätig ist, kann sie bis zu 59 Prozent der Überstunden angeben. In diesen Fachbereichen wird weniger Mehrarbeit geleistet, und diese wird zu einem höheren Prozentsatz vergütet. Freigemeinnützige Träger bezahlen durchschnittlich nur ca. 39 Prozent der Stunden, obwohl die Ärzte hier mehr Überstunden leisten als in öffentlichen Krankenhäusern. Dies kann als erster Hinweis gedeutet werden, dass diese Einrichtungen besser als andere die moralischen Ressourcen ihrer Belegschaft zu ihrem geldwerten Vorteil nutzen können (vgl. Kapitel 2.1.1).

Tabelle 2: Anteil der dokumentierten und registrierten Überstunden an allen Überstunden, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte (n=1129) – Lineare Regression¹³

Beeinflussung des Anteils dokumentierter und registrierter Überstunden an allen Überstunden durch Position, Fachgebiet und Trägerschaft	
Einflussvariablen	Koeffizient
Konstante****	43,820 *
Berufliche Position, AssistentIn o. FA	-
Berufliche Position, OberärztIn	-13,041 *
Berufliche Position, leit. OberärztIn	-17,881 *
Berufliche Position, ChefärztIn	-46,074 *
Fachgebiet, Radiologie	-
Fachgebiet, Pädiatrie	12,175 **
Fachgebiet, Geriatrie	-
Fachgebiet, Neurologie	-
Fachgebiet, chirurgische Fachgebiete	12,132 *
Fachgebiet, Anästhesiologie	15,329 *
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-
Freigemeinnütziger Träger	-5,297 ***
Privater Träger	-
R-Quadrat	0,126

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5 Prozent; *** Irrtumswahrscheinlichkeit <10 Prozent; **** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistent mit Facharzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet) und öffentlicher Träger (Trägerschaft des KH).

1.1.1.2. Bereitschaftsdienste

Zur tariflichen Wochenarbeitszeit und den Überstunden kommt noch die in den Bereitschaftsdiensten geleistete Arbeitszeit hinzu. Abgefragt wurden die Bereitschaftsdienstzeiten ohne Rufbereitschaften. Diese werden in aller Regel nur von Assistenzärzten erbracht. Durchschnittlich leisten Ärzte fünf Bereitschaftsdienste im Monat (Abbildung 11). Diese entsprechen etwa 70 Stunden zusätzlicher Anwesenheit im Krankenhaus. Nach der europäischen

13 Zu Tabelle 2: Der Koeffizient der Konstante setzt sich aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Assistent mit Facharzt + internistische Fachgebiete + öffentlicher Träger). Die Werteskala reicht von „gar keine registrierten Überstunden“ bis „mehr als 75 Prozent registrierte Überstunden“, auf einer Skala von 0 bis 99. Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit ansonsten identischen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten dazu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: registrierte Überstunden): Konstante 43,820 + Anästhesiologie 15,329 = 59,149. Ein Anästhesiologe mit ansonsten identischen Merkmalen hat folglich in diesem Modell einen um etwa 15 Prozentpunkte höheren Anteil an registrierten Überstunden als seine internistischen Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologie, desto höher der Anteil registrierter Überstunden an allen Überstunden).

Arbeitszeitrichtlinie sind das rund 16 Stunden an wöchentlicher Mehrarbeit (Abbildung 12). Damit kommen Assistenzärzte auf eine ähnlich hohe Gesamtarbeitszeit wie Chefärzte.

Abbildung 11: Bereitschaftsdienste pro Monat, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte (n=705)

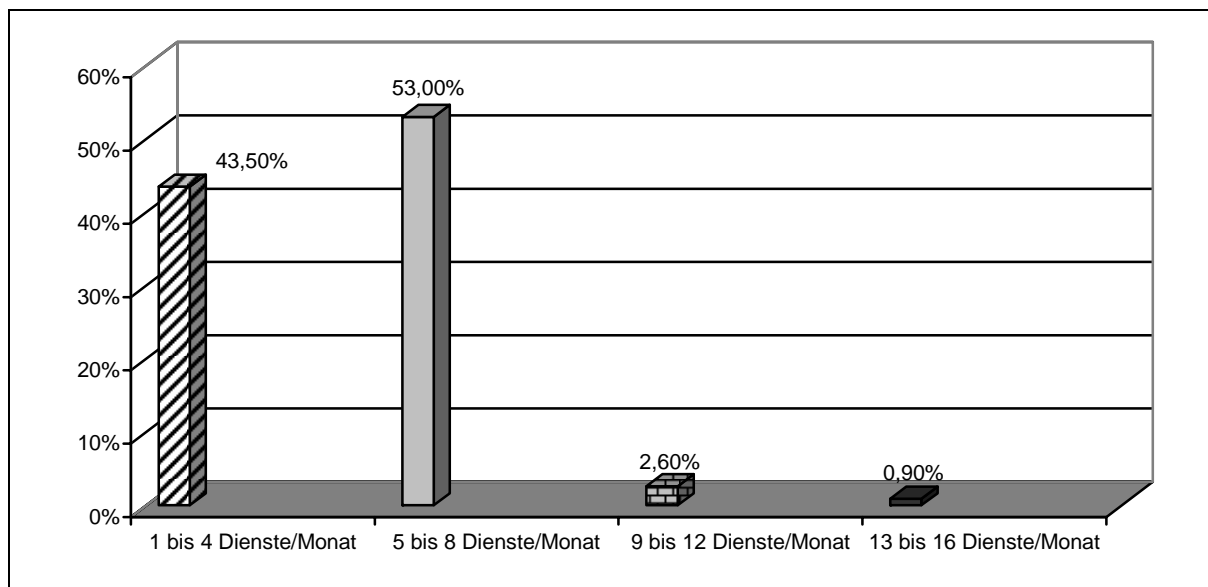
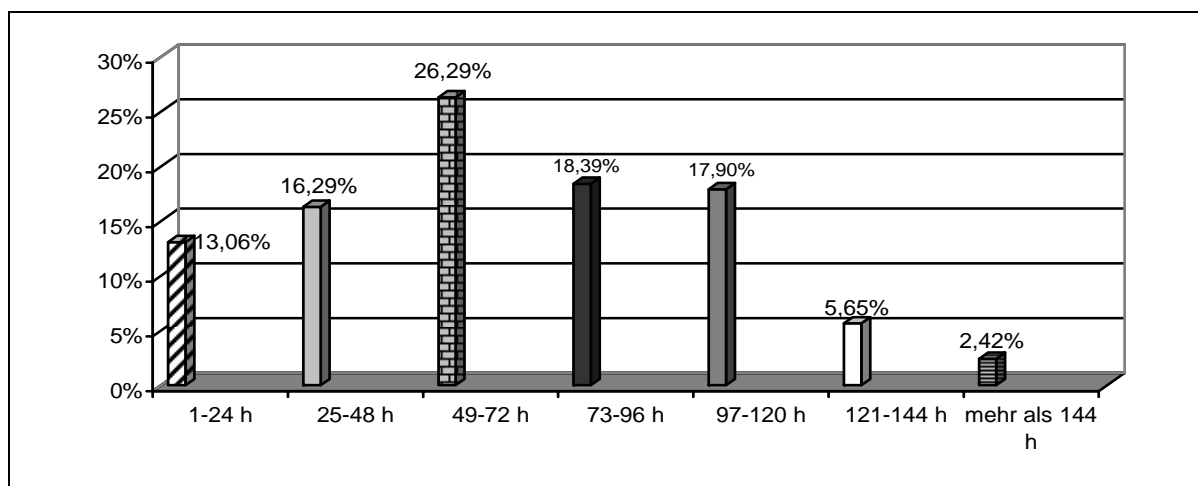


Abbildung 12: Bereitschaftsdienste pro Monat in h (gruppiert), vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte (n=620)



Die Trägerschaft hat auf die Zahl der Bereitschaftsdienste keinen Einfluss. Das statistische Regressionsmodell (Tabelle 3) zeigt, dass in der Geriatrie und Chirurgie überdurchschnittlich viele Bereitschaftsdienste anfallen. Der Assistenzarzt in der Geriatrie eines kleinen bis mittleren kommunalen Krankenhauses leistet demnach monatlich sechs oder mehr Dienste, sein Kollege in der Inneren Medizin vier bis fünf. In einem Krankenhaus der Maximalversorgung leisten Assistenzärzte zwar nur drei bis vier Bereitschaftsdienste pro Monat, machen dafür aber mehr Überstunden.

Tabelle 3: Bereitschaftsdienste pro Monat, vollzeitbeschäftigte Krankenhausärzte, die im Bereitschaftsdienst arbeiten (n=705) – Lineare Regression¹⁴

Beeinflussung der Anzahl an Bereitschaftsdiensten pro Monat durch Fachgebiet und Krankenhausgröße	
Einflussvariablen	Koeffizient
Konstante****	4,707 *
Fachgebiet, Radiologie	-
Fachgebiet, Pädiatrie	0,841 **
Fachgebiet, Geriatrie	1,521 *
Fachgebiet, Neurologie	-
Fachgebiet, chirurgische Fachgebiete	1,323 *
Fachgebiet, Anästhesiologie	1,041 *
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	0,880 *
KH mit 201-300 Betten	-
KH mit 301-400 Betten	-
KH mit 401-500 Betten	-
KH mit 501-1000 Betten	-0,649 **
KH mit mehr als 1000 Betten	-1,056 *
R-Quadrat	0,118

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5 Prozent; *** Irrtumswahrscheinlichkeit <10 Prozent; **** Die Konstante setzt sich zusammen aus: internistische Fachgebiete (Fachgebiet), bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

Sowohl die Summe der geleisteten Überstunden als auch der Anteil der dokumentierten Mehrarbeit variieren deutlich mit der Trägerschaft. Die Ärzte in privaten und freigemeinnützigen Häusern leisten mehr Überstunden als ihre Kollegen in öffentlichen Häusern. Zusätzlich ist in den freigemeinnützigen Krankenhäusern der Anteil der nicht registrierten Überstunden am höchsten.

Insgesamt arbeiten Krankenhausärzte etwa 60 Stunden pro Woche. Eine solche Arbeitsbelastung gilt als problematisch für Ärzte und ihre Patienten. Der Blick auf die Wirtschaftsstatistik der Industrieländer zeigt z.B. einen gesamtwirtschaftlich deutlich umgekehrten Zusammenhang zwischen der Länge der Arbeitszeit und der Arbeitsproduktivität. Was für die Produktivität gilt, dürfte ähnlich auch für die Arbeitsqualität gelten. Diese ist im Fall ärztlicher Dienst-

14 Zu Tabelle 3: Der Koeffizient der Konstante setzt sich aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: internistischer Arzt + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten dazu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Bereitschaftsdienste pro Monat): Konstante 4,707 + Anästhesiologie 1,041 = 5,748. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen hat demnach in diesem Modell einen Bereitschaftsdienst pro Monat mehr zu leisten als ein internistischer Kollege.

leistungen zugleich auch Versorgungsqualität. Auf die Frage, ob ein Arzt mit vielen Überstunden noch in der Lage sei, eine gute Versorgungsqualität zu gewährleisten, äußerte ein Chefarzt (A05) eine in den Kliniken derzeit weit verbreitete Einschätzung:

B01: Ich glaube, dass der nicht operieren sollte. Das ist so. (...) Also, von der Qualität her muss man sagen, ist die Leistung sicherlich schlecht, schlechter jedenfalls als normalerweise. Und ich (...) habe ja selbst solche Systeme durchlaufen, weiß ja, wie es mir ging. Und ich denke, dass das eigentlich unzumutbar ist – sowohl für die Patienten als auch für die Ärzte. Das ist keine Lebensqualität. Lebensqualität ist etwas, wie ich finde, für die wir genauso verantwortlich sind, d. h. der Mitarbeiter nicht nur (für die Lebensqualität) der Patienten; die der Patienten auch, aber ich denke auch für die Mitarbeiter. Und die Mitarbeiter können sich nur mit dem Arbeitsplatz Krankenhaus anfreunden, wenn der Platz auch für sie eine Qualität schafft, von der sie sagen, die ist genauso gut wie die der Leute in anderen Berufen. Und da muss man dann kräftig arbeiten, damit das auch gelingt. Das heißt, (...) ich bin nicht davon überzeugt, dass es gut ist, dass man jeden Abend bis 19 Uhr, 20 Uhr in der Klinik ist. Für mich selbst bin ich nicht davon überzeugt, bin aber auch nicht für den Mitarbeiter davon überzeugt, dass das so ist, sondern auch für die ist eigentlich eine geregelte Arbeitszeit das Normale. Das gelingt uns zurzeit nicht. (A05, Klinko 2003b, 149)

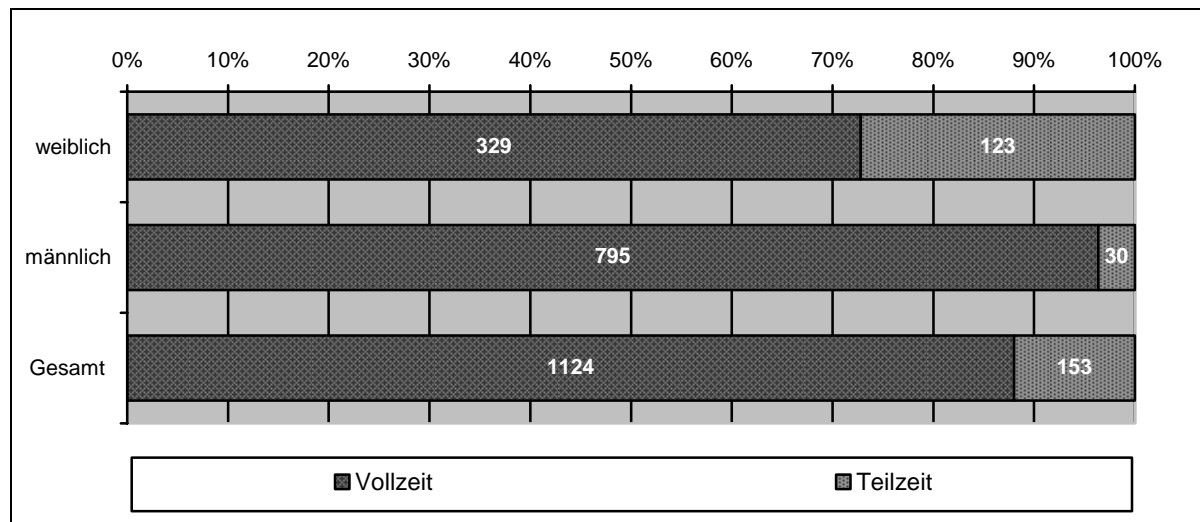
1.1.1.3. Teilzeitbeschäftigung

Teilzeitarbeitsplätze in größerer Zahl sind im ärztlichen Bereich eine relativ neue Erscheinung. Weder waren sie im Berufsbild des Arztes vorgesehen, noch waren die Institution in nennenswertem Maße bereit, sich organisatorisch auf die neue Situation einzustellen. So waren es auch zunächst Ärzte der Anästhesie oder Funktionsärzte, die nicht in die Routinen des Stationsalltags eingespannt sind, für die Teilzeitarbeit ermöglicht wurde. Da bisher vor allem Frauen den Wunsch nach Teilzeitarbeit haben, ist es wahrscheinlich, dass der höchste Bedarf an Teilzeitarbeitsplätzen dort zu finden ist, wo der Anteil weiblicher Ärzte überdurchschnittlich hoch ist. Derzeit ist der Frauenanteil in Pädiatrie (54 Prozent) und Geriatrie (48 Prozent), gefolgt von Anästhesiologie (39 Prozent) und Neurologie (37 Prozent) am höchsten. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ist jedoch nur in Geriatrie (19 Prozent) und Anästhesiologie (18 Prozent) überdurchschnittlich hoch. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass vor allem in der Pädiatrie ein weitaus größerer Bedarf an Teilzeitarbeit besteht, als derzeit angeboten wird. Insgesamt kann angenommen werden, dass es eher dem Einstellungswandel in der Gesellschaft außerhalb des Krankenhauses zu verdanken ist, dass sich Teilzeitarbeit heute in den Krankenhäusern ausbreitet.

Vorherrschendes Motiv auf Seiten der Ärzte mag der Wunsch sein, Arbeit und Familie besser miteinander vereinbaren zu können. Da die Option zur Teilzeitarbeit den Individuen mehr Gestaltungsmöglichkeiten für die Balance von Arbeit und Freizeit sowie Berufsarbeit und Familienarbeit bietet, kann sie als eine Ressource¹⁵ betrachtet werden und im Falle eines nicht bedarfsgerechten Angebots als eine Belastung aufgefasst werden.

15 Es wird dabei vorausgesetzt, dass Teilzeitarbeit weder aufgezwungen noch durch erwartete kostenlose Mehrarbeit konterkariert wird. Hierüber entscheiden im Wesentlichen die Arbeitsmarktsituation und der Betriebsrat.

Abbildung 13: Teilzeit/Vollzeit, Verteilung nach Geschlecht (n=1277)



Stellen wir nun die Frage, ob und wie weit Geschlecht, Position, Fachgebiet, Hausgröße und Trägerschaft diese Möglichkeit beeinflussen: Zunächst ersehen wir aus der Abbildung 13, dass die nach wie vor dominierende Vertragsform für Krankenhausärzte die Vollzeitbeschäftigung (88 Prozent) ist. Von den 12 Prozent Teilzeitbeschäftigten sind vier Fünftel Frauen. Wiederum 80 Prozent dieser Frauen haben mindestens ein Kind unter 14 Jahren¹⁶ (Tabelle 5), während knapp 80 Prozent der vollzeitbeschäftigten Frauen kein Kind unter 14 Jahren zu versorgen hat (Tabelle 4). Diese Zahlen lassen darauf schließen, dass der erfüllte Kinderwunsch für berufstätige Ärztinnen meistens zu Teilzeitarbeit führt.

Ein Zusammenhang zwischen Kindern und Teilzeitarbeit ist bei den männlichen Kollegen nicht erkennbar. 62 Prozent von ihnen haben mindestens ein Kind unter 14 Jahren und sind dennoch vollzeitbeschäftigt (Tabelle 4), während die teilzeitbeschäftigten Ärzte nur zu 53 Prozent mit Kind leben (Tabelle 5).

Tabelle 4: Vollzeit, Verteilung nach Geschlecht und Kindern unter 14 Jahren (n=1124)

Vollzeitbeschäftigte			
	weiblich	männlich	Gesamt
kein Kind	78,9%	38,0%	50,0%
ein Kind	11,1%	22,0%	18,8%
zwei Kinder	6,5%	28,0%	21,7%
drei und mehr Kinder	3,4%	12,0%	9,5%
Gesamt	100%	100%	100%

¹⁶ Die Kategorie „Kind unter 14 Jahren“ wurde gewählt, weil bis zu diesem Alter von einem hohen Betreuungsaufwand der Eltern ausgegangen werden kann. Unberücksichtigt muss bleiben, inwiefern Erziehungsarbeit durch Zahlung von Geld delegiert wird.

Wenn einerseits ein hoher Anteil der Frauen teilzeitbeschäftigt ist, und andererseits Frauen in ärztlichen Leitungspositionen unterrepräsentiert sind, dann lässt das darauf schließen, dass die nach wie vor dominierende familiäre Rollenverteilung eines der zentralen Karrierehemmnisse ist. Der Weg zu den leitenden Positionen (leitende Oberärzte und Chefarzte) führt fast nur über vieljährige Vollzeitbeschäftigung.

Tabelle 5: Teilzeit, Verteilung nach Geschlecht und Kindern unter 14 Jahren (n=153)

Teilzeitbeschäftigte			
	weiblich	männlich	Gesamt
kein Kind	19,7%	46,7%	25,0%
ein Kind	27,9%	13,3%	25,0%
zwei Kinder	42,6%	30,0%	40,1%
drei und mehr Kinder	9,8%	10,0%	9,9%
Gesamt	100,0%	100,0%	100,0%

Der statistische Zusammenhang zwischen Teilzeitbeschäftigung und beruflicher Position, Fachrichtung, Trägerschaft, DRGs als Abrechnungssystem, Größe des Krankenhauses, Geschlechtszugehörigkeit des/der Befragten und Kinder unter 14 Jahre ist für alle Kategorien bis auf Trägerschaft und DRGs¹⁷ signifikant, meist sogar hochsignifikant. Die Tabelle 6 integriert die Einflussfaktoren Position, Fachrichtung, Krankenhausgröße, Geschlechtszugehörigkeit des/der Befragten und Kinder unter 14 Jahren im Haushalt lebend mit einer linearen Regression (Teilzeit = 1, keine Teilzeit = 0). Wir können daraus schließen, dass die Assistenzärztin in der Anästhesie einer Klinik mit maximal 200 Betten, Facharztabschluss und zwei zu versorgenden Kindern unter 14 Jahren die höchste Disposition aufweist, einer Teilzeitbeschäftigung nachzugehen. Anders herum gesehen ist bei einem leitenden Oberarzt ohne Kind die Wahrscheinlichkeit, vollzeitbeschäftigt zu sein, am höchsten.

17 Für DRGs als Abrechnungssystem korreliert zwar die Antwortoption „weiß nicht“ mit Teilzeitbeschäftigung signifikant, es wird jedoch angenommen, dass Nicht-Wissen eher mit Teilzeitbeschäftigung als umgekehrt erklärt werden muss.

Tabelle 6: Teilzeitbeschäftigung – Lineare Regression¹⁸

Begünstigung von Teilzeitbeschäftigung durch Position, Fachgebiet, Trägerschaft, DRGs als Abrechnungssystem, Krankenhausgröße, Geschlechtszugehörigkeit des/der Befragten und Kinder unter 14 Jahren	
Einflussvariablen	Koeffizient
Konstante***	0,446
berufliche Position, AssistentIn o. FA	-
berufliche Position, OberärztIn	-0,098 *
berufliche Position, leit. OberärztIn	-0,120 *
berufliche Position, ChefärztIn	-0,107 *
Fachgebiet, Radiologie	-
Fachgebiet, Pädiatrie	-
Fachgebiet, Geriatrie	-
Fachgebiet, Neurologie	-
Fachgebiet, chirurgische Fachgebiete	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	0,075 *
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-
KH mit 201-300 Betten	-
KH mit 301-400 Betten	-0,070 **
KH mit 401-500 Betten	-
KH mit 501-1000 Betten	-0,094 *
KH mit >1000 Betten	-0,083 *
Männlich	-0,219 *
Kein Kind	-0,190 *
Ein Kind	-0,048 **
Drei oder mehr Kinder	-0,098 *
R-Quadrat	0,225

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistentin mit Facharzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), 0-200 Betten (Krankenhausgröße), weiblich (Geschlecht), zwei Kinder (Kinder unter 14 Jahren).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die absolut dominante Vertragsform für Krankenhausärzte weiterhin die Vollzeitbeschäftigung (88 Prozent) ist. Von den 12 Prozent Teilzeitbeschäftigten sind 80 Prozent Frauen, von denen wiederum ebenfalls 80 Prozent mindes-

18 Zu Tabelle 6: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Assistentin mit Facharzt + internistische Fachgebiete + 0-200 Betten + weiblich + zwei Kinder). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein männlicher Arzt mit ansonsten identischen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „männlich“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Teilzeitbeschäftigung): Konstante 0,446 + männlich -0,219 = 0,227. Ein männlicher Arzt mit ansonsten identischen Merkmalen hat folglich eine um etwa 50 Prozent niedrigere Ausprägung des Merkmals Teilzeitarbeit als seine weibliche Kollegin. Diese Betrachtungsweise gilt ebenfalls für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Frau, desto mehr Teilzeit).

tens ein Kind unter 14 Jahren haben. Von den vollzeitbeschäftigten Frauen haben demgegenüber 79 Prozent kein Kind unter 14 Jahren. Diese Zahlen und die Werte der Regressionsanalyse führen zu der Aussage, dass für berufstätige Ärztinnen der Kinderwunsch meistens zu Teilzeitarbeit führt. Für Männer gilt diese Regel nicht. Darüber hinaus weist die extreme Unterrepräsentanz von Frauen in ärztlichen Führungspositionen darauf hin, dass Probleme der Gleichstellung von Ärztinnen mit familiärer Rollenverteilung und daraus resultierender Teilzeitbeschäftigung zusammenhängen. Teilzeitarbeit ist in der ärztlichen Hierarchie in hohem Maß ein Aufstiegshemmnis. Wenn Frauen leitende Positionen anstreben, verzichten sie daher tendenziell auf Kinder¹⁹ um Vollzeit arbeiten zu können. Der Umfang, in dem Teilzeit gearbeitet wird, ist nicht von der Trägerschaft, der Einführung der DRGs und nur in geringerem Umfang vom Fachgebiet abhängig. Das Fachgebiet Anästhesie ist das einzige Fach, das einen signifikant höheren Anteil an Teilzeitbeschäftigten aufweist, als andere Abteilungen.

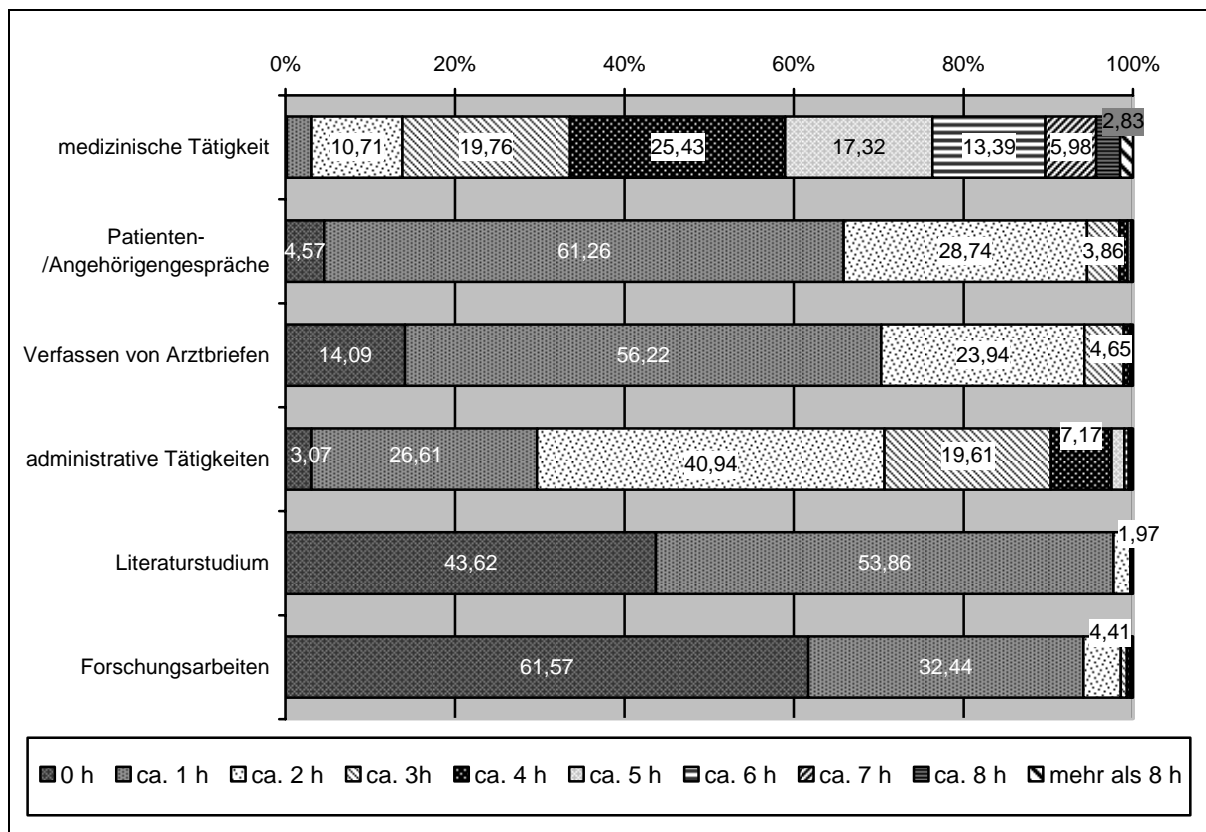
2.2.2 Verwendung der Arbeitszeit

Im Folgenden geht es zunächst um die Frage der relativen Bedeutung der verschiedenen ärztlichen Tätigkeitsfelder. Dazu mussten die befragten Ärzte den zeitlichen Umfang ihrer täglichen Arbeitszeit auf sechs Tätigkeitsfeldern verteilt angeben. Sie konnten dem durchschnittlichen zeitlichen Umfang jeweils eine Stundenzahl zwischen "bis zu 1 Stunde" und "mehr als 8 Stunden" angeben. In wiederholten Befragungen wird zu ermittelt sein, ob und wie sich Anteile verschieben. Die Quantität der aufgewendeten Arbeitszeit lässt nur mittelbar Aussagen über die Qualität der Arbeit zu. Sofern als Folge der DRG-Einführung nicht nur die Liegezeit verkürzt, sondern auch die Arbeitsorganisation verbessert wird, ist zumindest denkbar, dass in weniger Zeit eine genauso gute Diagnostik und Therapie zu leisten ist wie zum Zeitpunkt vor Einführung des neuen Entgeltsystems. Die Auswertung der Interviews (Buhr/Klinke 2006a, b) hat gezeigt, dass sich die Arbeitsabläufe im Zeitverlauf und unter DRG-Bedingungen verdichtet haben. Auf die Frage, in welcher Weise sich ihre Arbeit seit den 90er Jahren verändert habe, gaben ausnahmslos alle Ärzte an, dass diese sich sowohl spürbar beschleunigt als auch intensiviert hat. Ebenso einhellig berichten die interviewten Krankenhausärzte sowohl von einer deutlichen Zunahme des zeitlichen Umfangs administrativer Tätigkeiten je Arbeitstag als auch vom prozentualen Anteil administrativer Tätigkeiten am Gesamtarbeitstag. Die Ärzteschaft beklagt in Umfragen bereits seit Jahren vehement die Tendenzen einer Bürokratisierung ihres Berufes (Blum/Müller 2003; Kaiser 2002; Müller 2000, 131; Klinke 2003a, 111; 2005b). Die Frage, ob diese Tendenzen durch die DRG-Einführung verstärkt wurden, wird in Interviews mit Ärzten bejaht, da die neuen Dokumentationspflichten additiv gehandhabt werden. Aus den Interviews lässt sich also nicht ableiten, dass Verschiebungen der relativen Anteile der täglichen Arbeitszeit primär eine Folge von besserer Arbeitsorganisation sind. Zunehmende Anteile patientenferner Tätigkeiten deuten also auch unter DRG-Bedingungen eher auf eine abnehmende Versorgungsqualität hin.

19 In unserem Sample befinden sich sieben Frauen in leitender Position (Vollzeit), die ein oder mehrere Kinder unter 14 Jahren zu betreuen haben.

Die Abbildung 14 gibt einen Überblick über die Dauer einzelner Tätigkeiten innerhalb der regulären Arbeitszeit²⁰. Wie nicht anders zu erwarten, wird das mit Abstand größte Zeitquantum auf medizinische Tätigkeiten verwandt. Die meisten Ärzte verbringen täglich drei bis sechs Stunden mit medizinischen Tätigkeiten *im engeren Sinne*. 20 Prozent verwenden auf medizinische Tätigkeiten drei Stunden ihrer regulären Arbeitszeit, 25 Prozent vier Stunden, 17 Prozent fünf Stunden und 24 Prozent sechs Stunden und mehr.

Abbildung 14: Ärztliche Tätigkeit nach Art und Dauer während der regulären Arbeitszeit in Prozent (n=1270*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Die meisten Ärzte benötigen pro Tag zwei bis drei Stunden, um administrative Aufgaben zu erledigen. 41 Prozent der Befragten kalkulieren zwei und 29 Prozent drei und mehr Stunden für diese Tätigkeit. 30 Prozent kommen auf höchstens eine Stunde pro Arbeitstag.

Aus der Abbildung 14 wird ersichtlich, dass Ärzte im Durchschnitt lediglich 4,3 Stunden pro Arbeitstag mit medizinischen Tätigkeiten beschäftigt sind, 2,1 Stunden mit administrativen Tätigkeiten und 1,4 Stunden mit Patienten- und Angehörigengesprächen; 1,2 Stunden

20 Gemeint ist die tatsächliche tägliche Arbeitszeit ohne Dienste.

verbringen sie mit dem Verfassen von Arztbriefen. Für ihr Literaturstudium kalkulieren sie 35 und für Forschungsarbeiten²¹ 30 Minuten ihrer täglichen Arbeitszeit ein.

Zum Zeitpunkt der Befragung verbrachten die Ärzte 4,3 Stunden mit medizinischer Arbeit im engeren Sinne und 1,4 Stunden mit Patienten- und Angehörigengesprächen. Diesen 5,7 Stunden rein patientenbezogener Arbeit stehen 3,3 Stunden administrativer Arbeit einschließlich des Schreibens von Arztbriefen gegenüber. Festzuhalten bleibt, dass derzeit zwei Stunden patientennaher Arbeit durchschnittlich etwa eine Stunde Patienten verwaltender Arbeit nach sich ziehen.

Verbleiben wir bei den Durchschnittswerten, so problematisch sie im Einzelnen auch sein mögen: 57 Prozent der regulären Arbeitszeit beziehen sich auf den Patienten, 10 Prozent auf Qualifizierung und Forschung und ein Drittel auf Administration. In den administrativen Tätigkeiten ist ein gewisser Anteil an medizinischen Dokumentationstätigkeiten enthalten, die für die Arbeit als sinnvoll und notwendig angesehen werden können, da sie eine wichtige Rückkopplungsfunktion haben und der Qualität dienen (z.B. Qualitätssicherung). Viele der derzeitigen Dokumentationstätigkeiten sind jedoch betriebswirtschaftlich motiviert und auf Erlöse (DRGs) bezogen oder auf entsprechende Kontrollbedürfnisse des Managements und der Krankenkassen bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) gerichtet, so die Befunde des WAMP-Projektes (Buhr/Klinke 2006a, b).

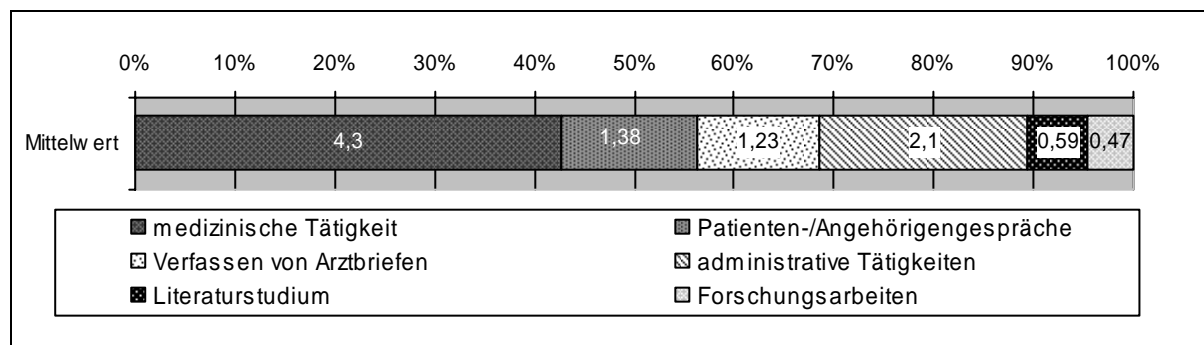
Das bedeutet, dass ein erheblicher – und nach den Aussagen der Ärzte tendenziell wachsender – Teil der Arbeitszeit nicht der Patientenversorgung zugute kommt. Und es stellt sich die Frage, ob es nicht sowohl unter Versorgungsgesichtspunkten als auch unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit sinnvoll ist, hier für Entlastung durch nichtärztliches Personal zu sorgen, damit mehr Zeit für die Versorgung der Patienten bleibt.²²

Anders ausgedrückt: Die Verknüpfung von Entgeltforderungen mit medizinischen Diagnosen und Indikationen ruft offenbar einen umfangreichen Kontroll- und Regulierungsbedarf hervor, sowohl innerhalb des Krankenhauses als auch durch die Krankenversicherungen und den MDK. Soweit die Ärzte darin eingebunden werden, wird ein zunehmender Teil ihrer Arbeitszeit – bezogen auf den gesundheitlichen Gebrauchswert ihrer Arbeit – unproduktiv verwendet. Diese realen Kosten würden ohne die Deckelung durch ein Budget sicher an die Krankenversicherung weitergegeben werden. Da dies aber nicht möglich ist, gehen sie zu Lasten der Patienten, denen weniger ärztliche Arbeitszeit zur Verfügung steht. Obwohl es sich hier volkswirtschaftlich gesehen um Kosten des neuen Finanzierungssystems handelt, bleiben diese unsichtbar, weil sie sich nicht in Ausgaben der GKV ausdrücken. Weitere Befragungen werden zeigen, ob sich die Tendenz zunehmender Anteile von administrativen, legitimierenden und dokumentierenden Tätigkeiten weiter fortsetzt.

21 Der Begriff „Arbeitstag“ bezieht sich auf ein Kunstprodukt, nämlich die Summe der jeweiligen Quartile, gebildet aus einem Mehrfachantwortenset mit der Bedingung: alle Ärzte, die zumindest zu einem der sechs Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben. Für diese Gruppe gilt für alle Tätigkeitsbereiche ohne Angabe der Wert 0 h, da es plausibel erscheint, dass diese Bedeutung zutrifft.

22 Ansätze finden sich in den Fallstudien: In einzelnen Abteilungen sind bereits Stationssekretärinnen beschäftigt, die einen Teil der im Arbeitsprozess anfallenden, also nicht an die Verwaltung abgebbaren, administrativen und dokumentierenden Tätigkeiten übernehmen.

Abbildung 15: Ärztliche Tätigkeit nach Art und Dauer in Stunden und Prozent während der regulären Arbeitszeit, Mittelwerte (n=1270*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

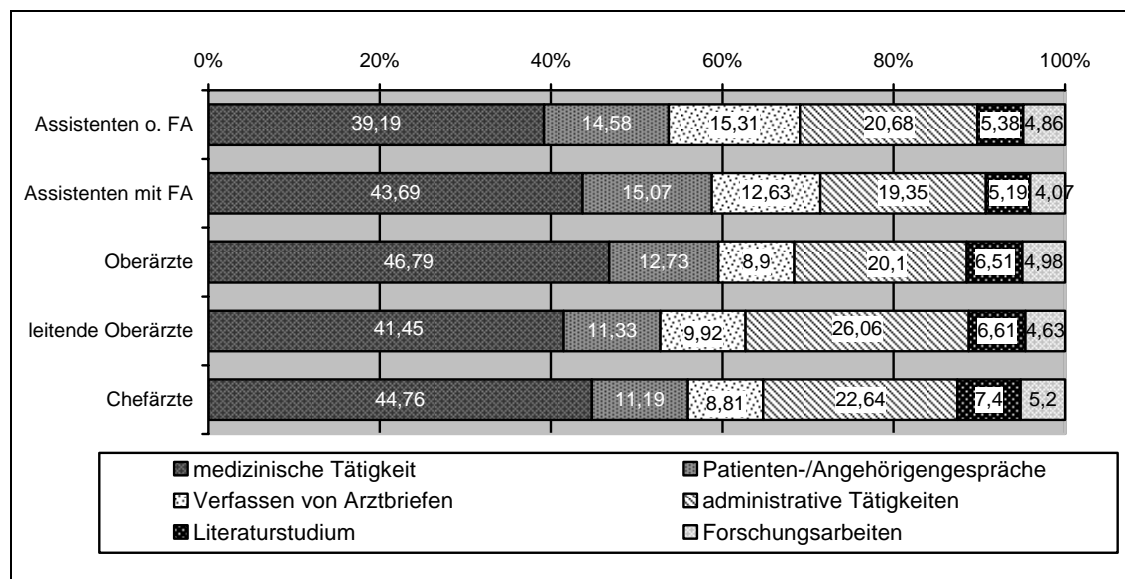
Wie verteilt sich der Zeitaufwand für administrative Tätigkeiten auf die berufliche Position? Abbildung 16 zeigt hier deutliche Unterschiede: Während leitende Ärzte insgesamt zwischen 23 und 26 Prozent ihrer Arbeitszeit damit verbringen, sind es bei den Assistenz- und Oberärzten rund 20 Prozent. Das ungünstigste Verhältnis zwischen medizinischen und administrativen Tätigkeiten lässt sich bei den leitenden Oberärzten mit 61 zu 39 Prozent²³ feststellen. Das beste Verhältnis erreichen Oberärzte mit 70 zu 30 Prozent.

Nicht nur Ärzte im Allgemeinen sind demnach in hohem Maß mit administrativen Aufgaben betraut, sondern tendenziell gerade die am höchsten qualifizierten und am besten bezahlten Ärzte. Dass hiermit auch ein betriebswirtschaftliches Problem angesprochen ist, ergibt sich allein schon aus den zum Teil deutlichen Einkommensdifferenzen zwischen leitenden und assistierenden Ärzten sowie zwischen diesen und anderen Berufsgruppen, die hier herangezogen werden könnten.²⁴

23 Medizinische und administrative Tätigkeiten werden addiert und als 100 Prozent betrachtet.

24 Das Einkommen von Krankenhausärzten ist an den BAT (II und I) bzw. nun an den TVÖD angelehnt, wobei die Vergütung der Chefarzte primär von der Höhe ihrer Nebeneinkünfte abhängt und diese wiederum von der Art des Krankenhauses. Durchschnittlich kann ein monatliches Chefarzteinkommen von € 25 000 angenommen werden. Das durchschnittliche Monatseinkommen von Oberärzten beträgt ca. € 8 300 (Business-AD 2005). Inwieweit die in dieser Befragung ermittelten leitenden Oberärzte an den Einkünften aus der Chefarztversorgung beteiligt sind, ist leider nicht im Einzelnen bekannt.

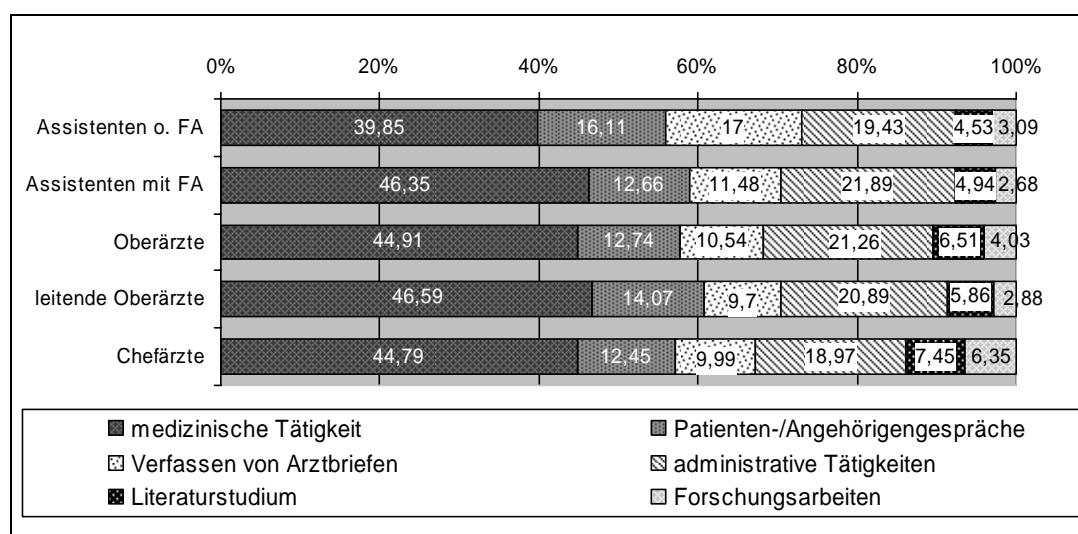
Abbildung 16: Ärztliche Tätigkeit nach Art, Dauer in Stunden und beruflicher Position während der regulären Arbeitszeit, Mittelwerte in Prozent (n=1270*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Es kann vermutet werden, dass die betriebswirtschaftliche Seite dieses Problems in Häusern mit privater Trägerschaft aufgrund des Gewinninteresses und der entsprechenden Kompetenz weniger ausgeprägt ist. Der Vergleich der Daten (Abbildung 16 mit Abbildung 17) weist in der Tat auf eine etwas gleichmäßigere Verteilung der administrativen Arbeit über die einzelnen Hierarchiestufen hin: Chefärzte (-3,7 Prozentpunkte) und vor allem leitende Oberärzte (-5,2 Prozentpunkte) investieren in privaten Häusern weniger Arbeitszeit in administrative Aufgaben.

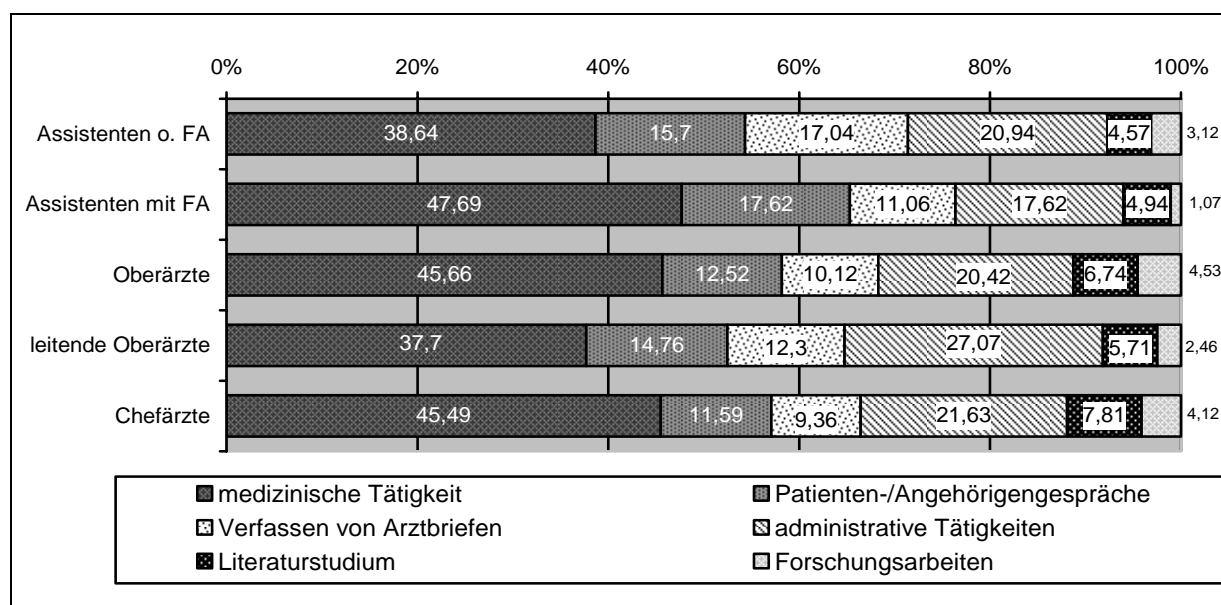
Abbildung 17: Ärztliche Tätigkeit nach Art, Dauer und beruflicher Position während der regulären Arbeitszeit in Häusern mit privatem Träger, Mittelwerte in Prozent (n=150*)



* n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Da die privaten Träger am stärksten in der Gruppe der Krankenhäuser unterer Größenordnung vertreten sind, könnte die günstigere Relation darauf beruhen, dass kleinere Einheiten an sich eine andere Arbeitszeitverwendung aufweisen. Zieht man näherungsweise die Arbeitszeitverwendung in den Häusern mit unter 200 Betten zum Vergleich bei der besonders betroffenen Gruppe der leitenden Oberärzte und Chefärzte heran, bestätigt sich diese Annahme allerdings nicht (Abbildung 17 und Abbildung 18). Die günstigeren Werte der Relation von medizinischen zu administrativen Tätigkeitsanteilen weisen die kommerziellen Krankenhäuser auf. Bei den leitenden Oberärzten in privaten Häusern ist das Verhältnis 2,24 zu 1,41 in allen Häusern unter 200 Betten, bei den Chefärzten 2,37 zu 2,10.

Abbildung 18: Ärztliche Tätigkeit nach Art, Dauer und beruflicher Position während der regulären Arbeitszeit in Häusern mit bis zu 200 Betten, Mittelwerte in Prozent (n=196*)



* n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Differenziert man die Verteilung der Arbeitszeit nach Hausgröße (Anzahl der Betten), Träger-schaft und Position der befragten Ärzte, so ergibt sich kein eindeutiges Bild, das es erlauben würde, Aussagen darüber zu treffen, wo die ärztliche Arbeitszeit (und besonders die höher bezahlte) unter dem hier angesprochenen Aspekt rationaler eingesetzt wird. Allenfalls lässt sich beobachten, dass die freien Träger ihre teuersten Ärzte (leitende Oberärzte, gefolgt von Chefärzten) häufiger am stärksten mit administrativen Tätigkeiten belasten, sowohl im Durchschnitt aller Häuser als auch bezogen auf die Verteilung nach Hausgröße. Diese Zahlen sollten allerdings nicht überschätzt werden, da bei den untersuchten Subgruppen (hier besonders den Chefärzten) das n so klein ist, dass verlässliche Folgerungen nicht gezogen werden können.

Tabelle 7: Administrative Aufgaben – Lineare Regression²⁵

Beeinflussung des Umfangs administrativer Aufgaben durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Voll-/Teilzeit	
Einflussvariablen	Koeffizient
Konstante****	2,299 *
berufliche Position, AssistentIn o. FA	-
berufliche Position, OberärztIn	-
berufliche Position, leit. OberärztIn	0,730 *
berufliche Position, ChefärztIn	0,590 *
Fachgebiet, Radiologie	-0,889 *
Fachgebiet, Pädiatrie	-
Fachgebiet, Geriatrie	-
Fachgebiet, Neurologie	-
Fachgebiet, chirurgische Fachgebiete	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-0,593 *
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-
KH mit 0-200 Betten	-0,334 *
KH mit 201-300 Betten	-0,380 *
KH mit 301-400 Betten	-0,223 ***
KH mit 401-500 Betten	-0,313 **
KH mit 501-1000 Betten	-0,209 **
Teilzeit mit weniger als 30h/Woche	-0,479
R-Quadrat	0,141

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Irrtumswahrscheinlichkeit <10%; **** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistent mit Facharzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1000 Betten (Krankenhausgröße) und Vollzeit oder mehr als 30 h/Woche.

Mittels der linearen Regressionsanalyse (Tabelle 7) kann gezeigt werden, dass die Trägerschaft insgesamt keinen signifikanten Einfluss auf die Dauer der administrativen Tätigkeiten²⁶ hat. Die Position der Ärzte, ihr Fachgebiet und die Größe ihres Hauses bestimmen jedoch sehr

25 Zu Tabelle 7: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Assistenzarzt mit Facharztanerkennung + internistische Abteilung + mehr als 1000 Betten + Vollzeit). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Umfang administrativer Aufgaben pro Monat): Konstante 2,299 + Anästhesiologie -0,593 = 1,706. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen verbringt folglich in diesem Modell 25 Prozent weniger Zeit mit administrativen Aufgaben als internistische Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologe, desto weniger administrative Arbeitszeit).

26 Es wurde zusätzlich kontrolliert, ob die bereits erfolgte Einführung der DRGs als Abrechnungssystem, die hauptsächlich für Dokumentationen verantwortliche Personengruppe oder die Existenz von standardisierten Behandlungspfaden Einfluss auf den Umfang administrativer Aufgaben hat.

deutlich ihre Beanspruchung durch administrative Tätigkeiten. Als rechnerische Bezugsgröße dient ein vollzeitbeschäftigter Assistenzarzt mit abgeschlossener Facharztausbildung in einem Krankenhaus mit mehr als 1000 Betten auf einer Station für innere Medizin. Die berufliche Position hat mit Abstand den größten übergeordneten Einfluss auf die Dauer administrativer Tätigkeiten. Ein leitender Arzt (leit. Oberärzte und Chefärzte) in einem Haus mit mehr als 1000 Betten ist im Schnitt täglich etwa drei Stunden mit administrativen Aufgaben beschäftigt, während Assistenzärzte 2,3 Stunden dafür verwenden. Das bezieht sich allerdings nur auf die reguläre Arbeitszeit (vgl. Verwendung der Arbeitszeit in Bereitschaftsdiensten, Abbildung 19). Hier sind die leitenden Ärzte rund 30 Prozent mehr beansprucht.

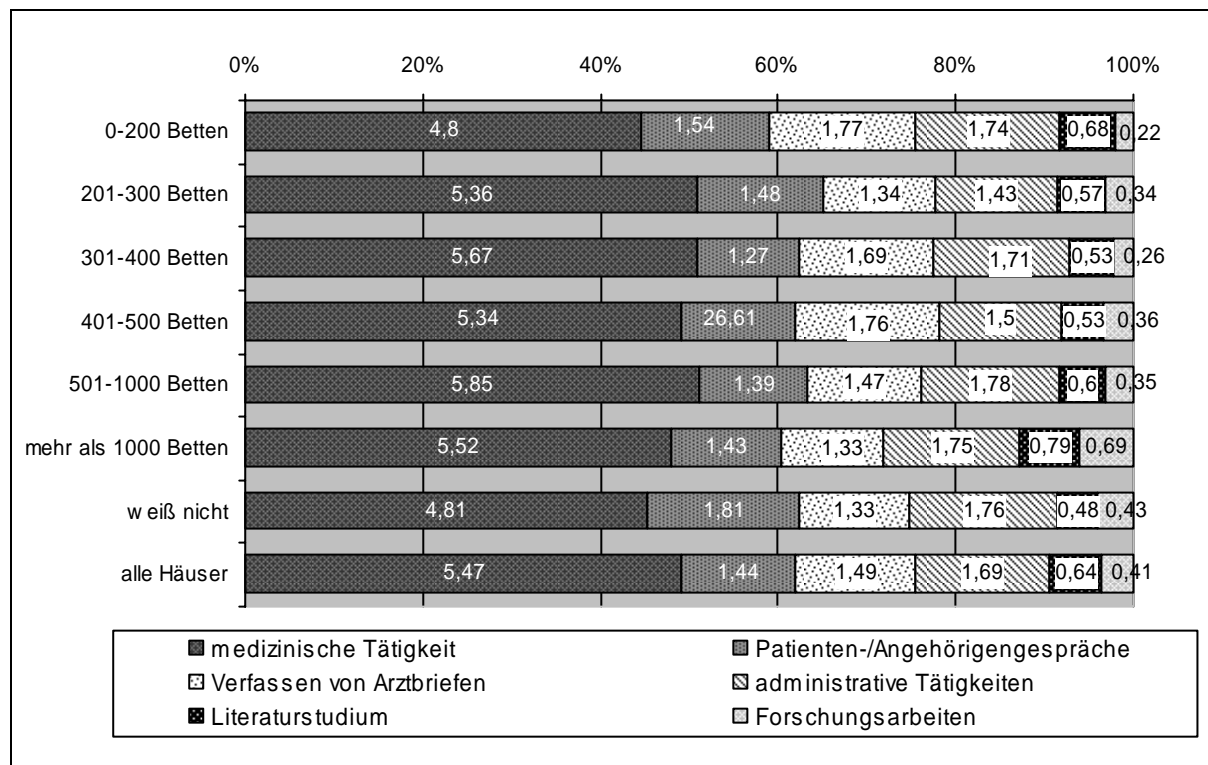
Unterscheiden wir nach ärztlichen Fachgebieten, so werden Besonderheiten von nicht-therapeutischen Fächern (Radiologie, Anästhesie) sichtbar: So müssen die in diesen Fachgebieten tätigen Ärzte in der Regel keine Patientenakte führen und sind auch von einigen anderen Dokumentationsaufgaben nicht betroffen. Die übrigen Fachgebiete unterscheiden sich kaum voneinander.

Die Last administrativer Aufgaben steigt mit der Größe der Krankenhäuser. In einem Krankenhaus mit über 1000 Betten ist sie am höchsten, in Häusern mit 201-300 Betten am geringsten. Ein Assistenzarzt in einem kleinen Haus ist weniger als zwei Stunden mit administrativen Aufgaben beschäftigt, 16 Prozent weniger als sein Kollege in einem 1000 Betten-Haus.

Bisher waren die Bereitschaftsdienste nicht in die Betrachtung des Verhältnisses von medizinischer zu administrativer Tätigkeit einbezogen worden. Es handelt sich hier um einen äußerst heterogenen Bereich (z. B. was die Länge der Dienste betrifft), so dass statistische Berechnungen mit vielen Fragezeichen zu versehen sind. Sie können einen relevanten hohen Anteil der tatsächlichen Arbeitszeit enthalten. Betroffen sind - mit einigen Ausnahmen – nur die Assistenzärzte. Es deutet sich an, dass gerade im Bereich der Bereitschaftsdienste derzeit viel experimentiert wird, die Varianz der Ausgestaltung also stark zugenommen hat. Z.B. zeigt sich (Buhr/Klinke 2006a, b), das neue Arbeitszeitmodelle eingeführt wurden, in denen Assistenzärzte offiziell in Rufbereitschaft sind, damit ihr Stundenkonto nicht belastet wird, obwohl die gleiche Menge an Arbeit zu bewältigen ist²⁷). Aus diesen Gründen wird im Folgenden nur die Grundtendenz der Verwendung von Arbeitszeit im Bereitschaftsdienst geschildert.

27 Zu unterschiedlichen Formen und Belastungen von Bereitschaftsdiensten finden sich in unseren Fallstudien etliche Belege. Ein urologischer Assistenzarzt sagt dazu z. B.: „Wir haben auch in letzter Zeit einige Modelle ausprobiert, (...) wir haben doch früher diese Anwesenheitsbereitschaft gemacht, wo wir im Krankenhaus geschlafen haben. Da haben wir auch umgestellt auf sogenannte Rufbereitschaft, wo wir zuhause geschlafen haben und dann telefonisch erreichbar sein müssen“ (AA Urologie, C107, 55).

Abbildung 19: Ärztliche Tätigkeit nach Art und Dauer in Stunden während des Bereitschaftsdienstes, nach Anzahl der Betten, Mittelwerte (n=812*)



*n = alle Ärzte, die zumindest zu einem der 6 Tätigkeitsfelder Angaben gemacht haben

Abbildung 19 lässt erkennen, dass die Dauer medizinischer Tätigkeiten während eines Bereitschaftsdienstes zwischen 4,8 Stunden (bis zu 200 Betten) und 5,9 Stunden (500-1000 Betten) schwankt. Das Volumen administrativer Tätigkeiten umfasst zwischen 1,4 Stunden (201-300 Betten) und 1,8 Stunden (500-1000 Betten). Demnach nehmen medizinische und administrative Tätigkeiten während der Bereitschaftsdienste mit der Krankenhausgröße tendenziell zu.

Tabelle 8: Administrative Aufgaben während des Bereitschaftsdienstes – Lineare Regression²⁸

Beeinflussung des Umfangs administrativer Aufgaben durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Behandlungspfade	
Einflussvariablen	Koeffizient
Konstante***	1,753 *
berufliche Position, AssistentIn o. FA	-
berufliche Position, OberärztIn	-
berufliche Position, leit. OberärztIn	-
berufliche Position, ChefärztIn	-0,729 **
Fachgebiet, Radiologie	-0,550 **
Fachgebiet, Pädiatrie	-
Fachgebiet, Geriatrie	-
Fachgebiet, Neurologie	-
Fachgebiet, chirurgische Fachgebiete	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-0,261 **
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-
KH mit 0-200 Betten	-
KH mit 201-300 Betten	-0,391 *
KH mit 301-400 Betten	-
KH mit 401-500 Betten	-
KH mit 501-1000 Betten	-
kein Case-Management/keine Clinical Pathways vorhanden	-
Existenz von Case-Management/Clinical Pathways unbekannt	-0,442
R-Quadrat	0,065

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Assistent mit Facharzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), >1000 Betten (Krankenhausgröße) und Case-Management/Clinical Pathways vorhanden (Behandlungspfade).

Fragt man nach dem Einfluss von beruflicher Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße, Existenz von Case-Management/Clinical Pathways und Trägerschaft auf die Dauer der zu leistenden administrativen Tätigkeiten während des Bereitschaftsdienstes (Tabelle 8), dann zeigt sich, dass die Trägerschaft keine signifikante Rolle spielt. Als Bezugsgröße wurde ein Assis-

28 Tabelle 8 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Assistenzarzt mit Facharztanerkennung + internistische Abteilung + mehr als 1000 Betten + Case-Management/Clinical Pathways vorhanden). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Umfang administrativer Aufgaben im Bereitschaftsdienst): Konstante 1,753 + Anästhesiologie -0,261 = 1,492. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen verbringt demnach in diesem Modell 25 Prozent weniger Zeit mit administrativen Aufgaben als internistische Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologie, desto weniger administrative Arbeitszeit).

tenzarzt mit abgeschlossener Facharztausbildung gewählt, der in einem Krankenhaus mit mehr als 1000 Betten auf einer Station für Innere Medizin arbeitet. In diesem Krankenhaus sind zudem Case-Management und/oder Clinical Pathways vorhanden. Es zeigt sich, dass die berufliche Position mit Abstand den größten übergeordneten Einfluss auf die Dauer administrativer Tätigkeiten während des Bereitschaftsdienstes hat. Leitende Ärzte, die tatsächlich Bereitschaftsdienste mit Anwesenheit im Haus leisten, sind mit wesentlich weniger administrativen Aufgaben befasst (-0,7 Stunden) als andere Ärzte. Ein Assistenzarzt in einem Haus mit mehr als 1000 Betten ist während eines Bereitschaftsdienstes im Schnitt ca. 1,8 Stunden mit administrativen Aufgaben beschäftigt, während Chefärzte im Schnitt nur eine Stunde für administrative Aufgaben verwenden. Im Bereich der ärztlichen Fachgebiete weisen allein die nicht-therapeutischen Gebiete (Radiologie, Anästhesie) signifikante Besonderheiten auf, da diese von einigen Dokumentationsaufgaben gar nicht betroffen²⁹ sind. In Bezug auf die Krankenhausgröße zeigt sich, dass für Ärzte in Krankenhäusern mit 201-300 Betten der administrative Aufwand während des Bereitschaftsdienstes am geringsten ist. Ein Assistenzarzt ist in einem solchen Haus ca. 1,4 Stunden mit administrativen Aufgaben beschäftigt. Demnach spielt die Hausgröße während der Bereitschaftsdienstzeiten keine so große Rolle wie während der regulären Arbeitszeit.

Zusammenfassend kann über die Verwendung von Arbeitszeit während des regulären Dienstes wie des Bereitschaftsdienstes folgendes gesagt werden: Die meisten Ärzte verbringen 3-6 h täglich mit medizinischen Tätigkeiten, während administrative Aufgaben 2-3 h pro Tag in Anspruch nehmen. Durchschnittlich verbringen Ärzte 4,3 h je Arbeitstag mit medizinischen Tätigkeiten, gefolgt von 2,1 h administrativen Tätigkeiten, 1,4 h Patienten-/Angehörigengesprächen und 1,2 h Verfassen von Arztbriefen, 0,6 h Literaturstudium sowie 0,5 h Forschungsarbeiten. Festzuhalten bleibt, dass derzeit zwei Stunden medizinische Arbeit im engeren Sinne durchschnittlich etwa eine weitere Stunde administrative Arbeit nach sich ziehen. In Bezug auf die Krankenhausgröße zeigt sich, dass KH mit über 1000 Betten ihre Ärzte überdurchschnittlich mit administrativen Aufgaben belasten, während in KH mit 201-300 Betten der administrative Aufwand am geringsten ist. Leitende Ärzte verwenden einen besonders hohen Anteil ihrer Arbeitszeit für administrative Aufgaben. Leitende Oberärzte leisten sogar einen höheren Anteil als Chefärzte – sowohl für sich allein als auch im Verhältnis zur medizinischen Tätigkeit betrachtet. Diese Mehrbelastung liegt bei ca. 30 Prozent und ist hochsignifikant. Der Einfluss der Krankenhausgröße auf die Dauer administrativer Tätigkeiten ist demgegenüber geringer (max. +/- 17 Prozent). Dieser Einfluss ist bisher eindeutiger und bedeutender als der Einfluss der Trägerschaft. Es kann vermutet werden, dass die Zunahme administrativer Aufgaben im Rahmen der Einführung des neuen Entgeltsystems zu einer überproportionalen Übernahme dieser Aufgaben durch die am höchsten dotierten medizinischen Fachkräfte führt. Diese Kräfte werden tendenziell aus dem Bereich medizinischer Tätigkeiten abgezogen und die Produktionskosten somit erhöht, da ihr Arbeitseinsatz zu immer größeren Teilen nur die Kosten pro Fall erhöht³⁰. In einem solidarisch finanzierten Gesundheitssystem

29 Radiologen und Anästhesisten müssen z. B. keine Patientenakte führen (s.o.).

30 Dies ist der Fall, wenn die Kosten für die geleistete Mehrarbeit nicht komplett durch unregistrierte Überstunden externalisiert werden können.

ist ein solcher Prozess volkswirtschaftlich unsinnig. Übersetzt man jedoch den Begriff *Verwaltung* mit dem Begriff *Management*³¹, sieht die Argumentation anders aus: Die Kosten werden zwar pro Fall erhöht, aber gleichzeitig wird die Erlössituation überproportional verbessert, d. h. auf betriebswirtschaftlicher Ebene kommt es zu einer Verbesserung der Gewinnsituation³². Die Stärkung betriebswirtschaftlicher Rationalitäten kann somit zu volkswirtschaftlichen Kosten führen, da die Produktion öffentlicher Güter verteuert wird. Dieser Aspekt wird in den folgenden Jahren kontinuierliche Aufmerksamkeit erfordern.

2.2.3 Kooperation

Die Art und Weise, in der die an der Versorgung beteiligten Personen und Berufsgruppen zusammenarbeiten, beeinflusst die Qualität der Versorgung ebenso wie die der Arbeit. Fehlende Informationen, Missverständnisse aufgrund unklarer Aufgabenteilung, irrationale Unter- und Überordnungsbeziehungen, nicht aufeinander abgestimmte Maßnahmen, Irrtümer usw. führen oft zu konflikthafter Reibung und Motivationsverlust. Damit steigen die Risiken für Behandlungsfehler; es entsteht eine insgesamt nachteilige Atmosphäre für die Patienten, und die Arbeit wird zunehmend als belastend empfunden. Umgekehrt führen eine gut organisierte und aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit, gegenseitige Hilfe und wechselseitige Informiertheit zu besseren Dienstleistungen: Die Kooperation wird dann nicht mehr als belastend, sondern eher als Quelle von Bestätigung und Motivation empfunden (Six/Kleinbeck 1989; Resch 2005; Müller 2000).

31 Der Begriff Verwaltung legt nahe, dass Handlungen in dieser Sphäre keinen entscheidenden Einfluss auf die Erlössituation haben, solange korrekt gehandelt wurde. Management legt demgegenüber nahe, dass Handlungen in diesem Bereich einen entscheidenden Einfluss auf die Erlössituation haben, solange kreativ gehandelt wurde.

32 Überspitzt formuliert geht es um die Verlagerung ärztlicher Tätigkeit heraus aus dem Bereich der Versorgung von Patienten hinein in den Bereich der Pflege von Datenbanken.

Abbildung 20: Nutzung von Diagnose- und behandlungsbezogenen Kooperationsformen in Prozent (n=1284)

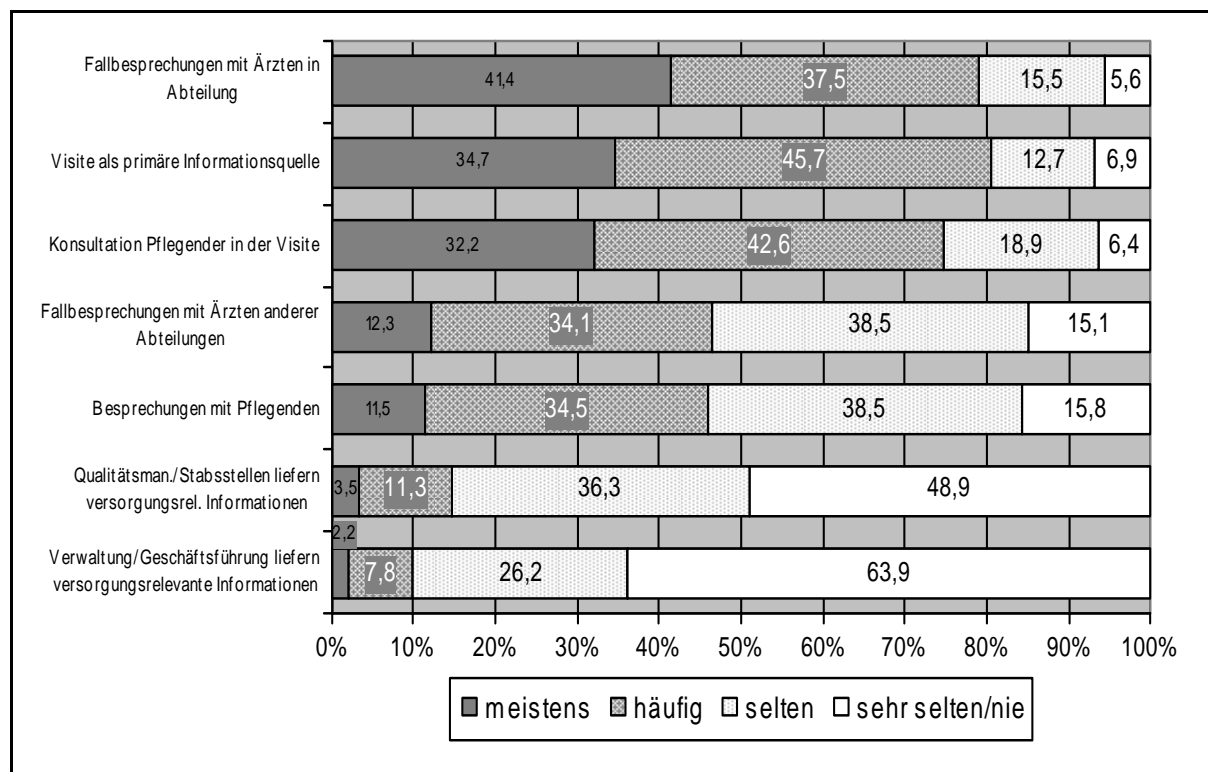


Abbildung 20 listet einige, für Diagnose und Behandlung wichtige Kooperationsweisen auf und gibt an, wie häufig diese von den befragten Ärzten genutzt werden. Rund 80 Prozent der Ärzte besprechen häufig oder meistens ihre 'Fälle' mit Kollegen der eigenen Abteilung. Die Visite dient zu einem gleich großen Teil als primäre Informationsquelle für die Arbeit an und mit den Patienten. 75 Prozent der Ärzte geben an, sich bei den Visiten meistens oder häufig mit den Pflegenden auszutauschen. Erwartungsgemäß sind entsprechend häufige Fallbesprechungen mit Ärzten anderer Abteilungen und sonstige Besprechungen mit Pflegenden seltener (46 Prozent).

Wenn es darum geht, versorgungsrelevante Informationen zu erhalten, spielen Qualitätsmanagement und Stabsstellen bei 14 Prozent, Verwaltung und Geschäftsführung nur bei rund 10 Prozent der Befragten eine Rolle. Die Informationen von 'oben' (Verwaltung, Geschäftsführung) und von Stabsstellen oder Qualitätsmanagern können ambivalent sein oder primär als administrativ, betriebswirtschaftlich oder gar disziplinierend angesehen werden. Ebenso können sie, wenn es sich etwa um Leitlinien handelt, Entscheidungen erleichtern und verbessern, ohne dass sie damit automatisch akzeptiert werden müssen. Da sich die organisatorische Kompetenz der Krankenhäuser derzeit wahrscheinlich verbessert, und die diesbezügliche informationelle Infrastruktur ausgebaut wird, darf man vermuten, dass künftig zumindest quantitativ die Informationen von Qualitätsmanagement und ähnlichen Einrichtungen für die Versorgung an Bedeutung gewinnen werden. Auch die Ökonomisierungstendenz wird sich in den kommenden Jahren noch fortsetzen (Bröckling/Krasmann/Lemke 2000; Bröckling 2000; Buestrich/Finke/Latorre 2005; Gern 2004; Conrad/Christianson 2004; Blanke/Kania 1996;

Kühn 2003; Nullmeier 2004; Simon 2001; Landon 2004). Das Management als primäres Subjekt dieser Tendenz wird damit auch – direkt oder über Anreize oder über die leitenden Ärzte vermittelt - mehr Einfluss auf die kosten- und erlösrelevanten Entscheidungen nehmen.

Aus den qualitativen Interviews geht hervor, dass versorgungsrelevante Informationen von der Administration häufig nur mit den Abteilungsleitern (Chefärzten) besprochen oder verhandelt werden (Buhr/Klinke 2006a, b). In der Wahrnehmung der Ärzte sind es daher häufig Chefärzte die versorgungsrelevante Vorgaben kommunizieren, ohne jedoch transparent zu machen, dass diese von Entscheidungen/Empfehlungen der Verwaltung beeinflusst sind. Wahrscheinlich ist daher der Einfluss der Verwaltung bereits größer, als es Antworten der befragten Ärzte besagen, da diese Beziehungen für sie oft nicht sichtbar sind. Das belegen die statistischen Zusammenhänge der Tabelle 9: Sämtliche Kooperationsformen werden von leitenden Ärzten stärker genutzt: Das trifft ganz besonders für Informationen durch Qualitätsmanagement und Stabsstellen sowie durch Verwaltung und Geschäftsführung zu.

Tabelle 9: Diagnose- und behandlungsbezogene Kooperationsformen – Lineare Regression³³

Beeinflussung der Nutzung von Diagnose- und behandlungsbezogenen Kooperationsformen durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft							
Einflussvariablen	Fallbesprechungen mit Ärzten in der Abteilung	Fallbesprechungen mit Ärzten anderer Abteilungen	Besprechungen mit Pflegenden	Visite als primäre Informationsquelle	Konsultation Pflegender in der Visite	Qualitätsmanagement/ Stabsstellen liefern versorgungsrelevante Infos	Verwaltung/ Geschäftsführung liefern versorgungsrelevante Infos
Konstante***	3,499	2,875	3,004	3,483	3,310	2,370	2,095
Position, AssistentIn oder FA	-0,639 **	-0,743 **	-0,516 **	-0,317 **	-0,363 **	-0,781 **	-0,670 **
Position, AssistentIn mit FA	-0,524 **	-0,790 **	-0,411 **	-0,388 **	-0,377 **	-0,702 **	-0,605 **
Position, OberärztIn	-0,389 **	-0,536 **	-0,471 **	-0,204 *	-0,291 **	-0,529 **	-0,374 **
Position, leit. OberärztIn	-0,291 **	-0,400 **	-0,284 *	-	-	-0,328 **	-0,339 **

33 Tabelle 9 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: diverse Diagnose und behandlungsbezogene Kooperationsformen), z. B. Fallbesprechungen mit Ärzten in Abteilung: Konstante 3,499 + Anästhesiologie -0,472 = 3,027. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen hat demnach in diesem Modell eine um 14 Prozent geringere Nutzungshäufigkeit der Kooperationsform Fallbesprechungen mit Ärzten in der Abteilung als internistische Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologe, desto weniger Fallbesprechungen mit Ärzten in der Abteilung).

Einflussvariablen	Fallbesprechungen mit Ärzten in der Abteilung	Fallbesprechungen mit Ärzten anderer Abteilungen	Besprechungen mit Pflegenden	Visite als primäre Informationsquelle	Konsultation Pflegender in der Visite	Qualitätsmanagement/ Stabsstellen liefern versorgungsrelevante Infos	Verwaltung/ Geschäftsführung liefern versorgungsrelevante Infos
Fachgebiet, Radiologie	0,432 **	1,043 **	-0,348 *	-1,455 **	-0,895 **	-	-
Fachgebiet, Pädiatrie	0,388 **	-	0,539 **	-	0,784 **	-	-
Fachgebiet, Geriatrie	-	-	0,927 **	-	0,374 *	-	-
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	0,277 **	-	-	-	0,242 **	-	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-0,472 **	-0,256 **	-0,170	-0,725 **	-0,225 **	-0,214 **	-
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	0,238 **	-	0,650 **	-0,478 **	0,171 *	-	*
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	-	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	-	-	-	-	-	-0,169 *
KH mit 401-500 Betten	-	-	-0,343 **	-	-	-	-
KH mit 501-1000 Betten	-	-	-0,194 **	0,149 *	-	-0,157 *	-0,183 *
KH >1000 Betten	-	0,254 **	-0,348 **	-	-0,212 **	-	-
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	0,122 *	-	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	-	-	-0,170 *	-0,221 **	-	-
R-Quadrat	0,131	0,165	0,177	0,161	0,116	0,101	0,099

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

Wie Ärzte kooperieren, hängt nicht nur von ihrem Status in der Hierarchie, sondern auch von ihrem Fachgebiet ab (Tabelle 9). Besonders positive Werte weisen die Ärzte in pädiatrischen und geriatrischen Abteilungen auf. Das gilt nicht nur für die innerärztliche Kommunikation, sondern auch für das Verhältnis zu den Pflegenden. Dieser Umstand war zu erwarten, da in diesen Disziplinen den Pflegekräften und ihrer Arbeit eine größere Rolle zukommt und zugestanden wird. Auch Anästhesisten und Radiologen weisen hier durchgängig disziplinäre Besonderheiten auf. Während Anästhesisten dazu neigen, ihre Entscheidungen häufiger allein zu treffen, kooperieren Radiologen besonders häufig mit Ärzten anderer Abteilungen. Chirurgen nutzen die traditionellen Formen der Fallbesprechungen mit Ärzten aus der eigenen Abteilung und die Visite häufiger als ihre Kollegen aus anderen Abteilungen.

Die Krankenhausgröße hat meist nur geringen Einfluss auf die Nutzung der Kooperationsformen. Die Ärzte in Großkrankenhäusern konsultieren zwar die Pflegekräfte deutlich weniger, pflegen aber dafür häufiger Kontakte zu anderen Fachdisziplinen. Letztgenannter Umstand ist aufgrund der größeren Spezialisierung auch zu erwarten. Die geringeren Kontakte zu Pflegekräften erklären sich zumindest teilweise aus dem höheren Grad an Arbeitsteilung in Großorganisationen, der häufig zu einer entsprechend stärkeren Abschottung der dort arbeitenden Berufsgruppen führt.

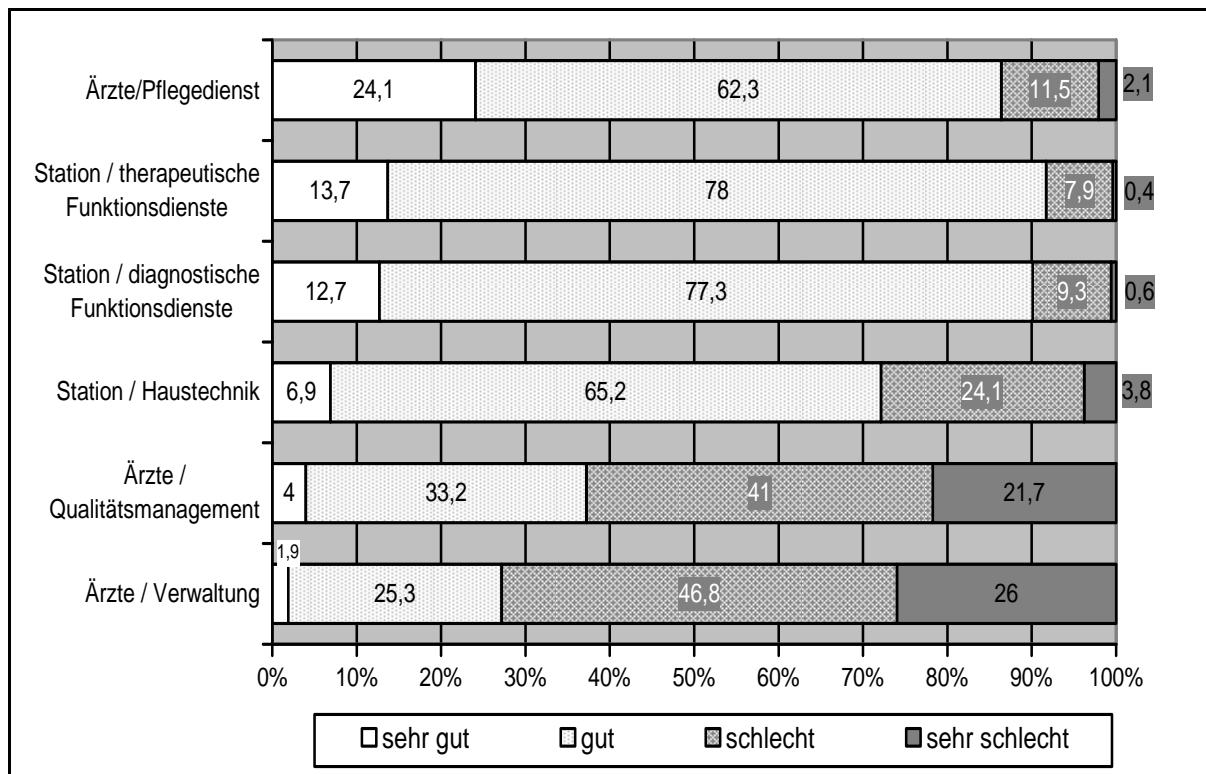
Verglichen mit Häusern öffentlicher Träger nutzen die Ärzte in freigemeinnützigen Einrichtungen häufiger die Möglichkeit, sich mit Kollegen anderer Abteilungen auszutauschen. In Krankenhäusern mit gewerblichem Träger wird die Visite seltener als primäre Informationsquelle genutzt. Insbesondere die Pflegekräfte werden hier während der Visite weniger häufig konsultiert.

Wenn wir unterstellen, dass betriebswirtschaftliche Rationalisierungen in gewinnwirtschaftlichen Krankenhäusern als Reflex auf DRG-Erfordernisse besonders schnell und konsequent umgesetzt worden sind, dann ließe sich daraus folgern, dass die Profession der Ärzte und die in der Professionalisierung begriffene Gruppe der Pflegenden insgesamt tendenziell auseinander driften, sobald auch die anderen Krankenhäuser ein ähnliches Rationalisierungsniveau erreicht haben werden. Weitere Erhebungen im Rahmen des WAMP-Projektes werden zeigen, ob sich diese These erhärten lässt. Falls sich die kommerziellen Häuser tatsächlich als 'Trendsetter' erweisen sollten, und die Tendenz fortbesteht, die Visite immer seltener für Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege zu nutzen, dann wird damit ein Problem von nicht geringer Bedeutung aufgeworfen: Wie effektiv auch immer die Institution der Visite vor Einführung der DRGs war, so ist sie doch bisher der Ort, der am häufigsten genutzt wird, um diagnose- und behandlungsbezogene Informationen auszutauschen und zu besprechen. Gegenwärtig lässt sich noch nicht sagen, ob sich funktionale Äquivalente in Gestalt anderer Kooperationsformen entwickeln, die einen möglichen Bedeutungsverlust der Visite kompensieren könnten. Ob die geringere Bedeutung der Visite in den kapitalwirtschaftlich betriebenen Häusern Ausdruck einer sich verschlechternden Kooperation ist und damit auch ein Qualitätsrisiko darstellt, muss offen gelassen werden, da sich im Sample der Fallstudien kein solches Haus findet (Buhr/Klinke 2006a, b). Die Interviewpartner aus den öffentlichen und konfessionellen Häusern weisen jedoch auf ähnliche Tendenzen hin: Insbesondere in den Internistischen Abteilungen ist aufgrund von Personalmangel, Arbeitsverdichtung und kürzeren Liegezeiten eine gemeinsame Visite auch dort nicht mehr die Regel (Buhr/Klinke 2006a, b). Die DRG-Einführung sowie die veränderten Beziehungen zu Krankenkassen und MDK haben zu mehr administrativen, dokumentierenden und legitimierenden Arbeitsaufgaben geführt, kürzere Verweildauern bei erhöhten Fallzahlen oder geringerer Personaldichte die Arbeit intensiviert, so dass eine mit der Pflege abgestimmte Visite immer schwieriger einzuhalten ist, auch wenn das zu Lasten der Kooperation geht. Die Konsequenzen dieser Beobachtung werden in Folgeuntersuchungen weiter beobachtet werden müssen.

Wie bewerten die Ärzte ihre Kooperationsbeziehungen zu den verschiedenen Beschäftigten-

gruppen im Krankenhaus? 25 Prozent der Ärzte arbeiten nach eigenen Angaben "sehr gut" mit dem Pflegedienst zusammen, halb so viele mit den Funktionsdiensten. Nur vier Prozent der befragten Ärzte geben eine sehr gute Zusammenarbeit mit dem Qualitätsmanagement an, und weniger als zwei Prozent sprechen von sehr guter Kooperation mit der Verwaltung (Abbildung 21). Betrachtet man die sehr guten und guten Bewertungen zusammen, dann zeigt sich, dass Ärzte mit Pflegekräften und Beschäftigten in den Funktionsdiensten im alltäglichen Umgang überwiegend, d. h. zu 86 bis 92 Prozent, gute Kooperationsweisen entwickelt haben.³⁴

Abbildung 21: Qualität der Kooperation in Prozent (n=1284)



Die Beziehung zum Management und Qualitätsmanagement wird von 22 bzw. 26 Prozent der Ärzte mit "sehr schlecht" bewertet (Abbildung 21). Wenn große Teile der Befragten die Qualität einer Alltagsbeziehung derart negativ bewertet, weist das auf eine gespannte Situation hin: Von insgesamt 569 Oberärzten und leitenden Ärzten bewerten 23 die Kooperation mit der Verwaltung mit "sehr gut" während nur vier von 921 Assistenzärzten diese Ansicht teilen. Während 6,3 Prozent der Chefärzte, 3,8 Prozent der leitenden Oberärzte und 3,1 Prozent der Oberärzte ihre Beziehung zur Verwaltung mit "sehr gut" bewerten, sind es nur 1,1 Prozent der Assistenzärzte mit Facharztbezeichnung und 0,0 Prozent der übrigen Assistenzärzte. Als "sehr schlecht" bezeichnen demgegenüber 38,1 Prozent der Assistenzärzte ohne Facharztbezeichnung.

³⁴ Freilich sagt die Zufriedenheit mit solchen Arrangements nicht unbedingt etwas über deren Effektivität und Effizienz aus. Aber man kann zumindest annehmen, dass Routinen verfügbar sind, in denen Konflikte gelöst, vermieden oder umgangen werden können.

nung, 23,7 Prozent der Assistenzärzte mit Facharztbezeichnung, 21,2 Prozent der Oberärzte, 8,7 Prozent der leitenden Oberärzte und 8,3 Prozent der Chefärzte die Zusammenarbeit mit der Verwaltung. Ärzte insgesamt (63 und 73 Prozent) und vor allem Assistenzärzte (70 und 80 Prozent) haben in ihrer großen Mehrheit ein schlechtes Verhältnis zu Qualitätsmanagement und Verwaltung. Wie aus der Regressionsrechnung (Tabelle 10) hervorgeht, werden sämtliche Kooperationsbeziehungen von den leitenden Ärzten erheblich besser bewertet als von den nachgeordneten Ärzten. So nehmen auch die extrem schlechten Bewertungen ab, je höher die Position der Ärzte ist. Es versteht sich, dass die Kooperationsbeziehungen umso positiver angesehen werden, je mehr sie aus der eigenen Machtposition heraus kontrolliert und gestaltet werden können. Wo sich zwei Parteien unmittelbar und 'auf gleicher Augenhöhe' gegenüberstehen, sind sie gezwungen, Arrangements zu finden. Hinzu kommt für das Führungspersonal der Selbst- und Fremdanspruch, für gute Unternehmensstrukturen verantwortlich zu sein. Eine schlechte Bewertung von Strukturen beispielsweise (hier: Kooperationsbeziehungen) würde auf eigenes persönliches Versagen hinweisen und somit eine Selbstkritik beinhalten.

Anhand der Experteninterviews kann gefolgert werden, dass viele Ärzte das Kooperationsverhältnis zum Management so schlecht beurteilen, weil sie sich a) mit ihren Problemen nicht wahrgenommen fühlen und b) sich in den Konflikt gestellt sehen, klinische Entscheidungen an betriebswirtschaftlichen Vorgaben zu orientieren. Dabei können sie aus ganz gegensätzlichen Gründen unzufrieden sein: Entweder weil sie sich in ihrer ärztlichen Autonomie eingeschränkt oder sich ohne weitere Unterstützung mit den wirtschaftlichen Zwängen im Stich gelassen fühlen. Beide Sichtweisen ließen sich in den qualitativen Interviews rekonstruieren (Buhr/Klinke 2006a, b).

Die Unzufriedenheit speziell mit dem Qualitätsmanagement kann auf eine Vielzahl oft gleichzeitig wirksamer Gründe zurückgehen: Zum Zeitpunkt der Befragung (2004) stellte das Qualitätsmanagement in vielen Häusern ein Novum dar. Es stellte Anforderungen, deren Nutzen für die Arbeit den Ärzten (noch) nicht erkennbar war. Eine Aufgabe des Qualitätsmanagements bzw. des medizinischen Controllers besteht darin, die Ärzte in DRG-Fragen zu betreuen (Buhr/Klinke 2006a, b). Daher besteht durchaus die Möglichkeit, dass sich beim befragten Arzt auch Unmut über das neue Entgeltsystem und/oder über die Art und Weise dessen Umsetzung im Krankenhaus ausdrücken kann. Schließlich wird das Qualitätsmanagement auch als Teil des Krankenhausmanagements insgesamt angesehen und entsprechend bewertet.

Die Intensität der Kooperation (Abbildung 20) korreliert mit der Bewertung der Qualität (Abbildung 21): Je häufiger mit einer Berufsgruppe kooperiert wird, desto besser wird auch die Zusammenarbeit bewertet. Es stellt sich die Frage, ob neben der beruflichen Position auch in Bezug auf Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft unterschiedliche Bewertungsmuster zu verzeichnen sind. In Tabelle 10 wurden diese Einflussgrößen mittels einer linearen Regression modelliert (1 = sehr schlechte Zusammenarbeit bis 4 = sehr gute Kooperation). Wie erwartet wurden sämtliche Kooperationsformen von leitenden Ärzten wesentlich besser bewertet als von der übrigen Ärzteschaft. Besonders auffällig ist, dass Assistenzärzte die Zusammenarbeit mit Qualitätsmanagement und Verwaltung schlecht bewerten. Ärzte aus pädiatrischen und geriatrischen Abteilungen beurteilen die Kooperation mit therapeutischen Funkti-

onsdiensten als überdurchschnittlich gut, ein Befund, der ebenfalls mit den Angaben zur Quantität (s. o.) korrespondiert. Darüber hinaus nehmen Pädiater auch die Zusammenarbeit mit Pflegenden als besonders positiv wahr. Dies deckt sich auch mit dem qualitativen Befunden: In Kinderkliniken sind Ärzte vielmehr als sonst wo auf eine gute Zusammenarbeit mit Pflegekräften angewiesen (Buhr/Klinke 2006a, b).

Die Krankenhausgröße hat keinen starken Einfluss auf die Bewertung der Kooperationsformen. Allerdings wird in größeren Häusern tendenziell die Kooperation mit der Verwaltung schlechter beurteilt. Zudem fällt die Einstufung der Zusammenarbeit mit Pflegenden und Haustechnik in Großkrankenhäusern deutlich schlechter aus. Auch diese Einschätzung korrespondiert mit der Quantität des Kontaktes (s. o.). Gegenüber Häusern mit öffentlichem Träger wird in Krankenhäusern mit gewerblichem Träger die Kooperation mit der Verwaltung als besser bewertet. Dieser Befund ist insofern interessant, als dass privaten Häusern nachgesagt wird, dass sie besser organisiert seien als öffentliche und freigemeinnützige Träger.

Die bessere Kooperation mit der Verwaltung in privaten Häusern könnte ein funktionales Äquivalent zur geringeren Kooperation mit Pflegenden darstellen. Auch in öffentlichen Krankenhäusern gewinnt die Verwaltung/Geschäftsführung derzeit an Einfluss. Vorreiter für diesen Wandel dürften die privaten Träger spielen, denn die gewinnwirtschaftliche Ausrichtung des Krankenhausbetriebes bewirkt ein verstärktes Kontroll- und Steuerungsbedürfnis von Seiten des Managements (Eichhorn/Greiling 2003). Kooperation im Krankenhaus bedeutet zu großen Teilen Kommunikation. Gespräche kosten jedoch Zeit, weshalb ein straff organisierter Krankenhausbetrieb versucht, Kommunikation durch systematisierte und formalisierte Abläufe zu ersetzen und darüber auf das Nötigste zu beschränken. Dies kann man durchaus als DRG-Effekt charakterisieren und zeigt sich in strategischen Erwägungen von Geschäftsführern, die sich in ihren Maßnahmen z.B. primär auf die Beherrschung der vom neuen Entgeltsystem ausgelösten „Informationswolke“ konzentriert haben (Buhr/Klinke 2006a, b).

Tabelle 10: Qualität der Kooperation – Lineare Regression³⁵

Beeinflussung der Qualität der Kooperation durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft						
Einflussvariablen	Zusammenarbeit Ärzte / Pflegedienst	Zusammenarbeit Ärzte / Verwaltung	Zusammenarbeit Ärzte / Qualitätsmanagement	Zusammenarbeit Station / diagnostische Funktionsdienste	Zusammenarbeit Station / therapeutische Funktionsdienste	Zusammenarbeit Station / Haustechnik
Konstante***	3,314	2,789	2,631	3,214	3,133	2,983
Position, AssistentIn ohne FA	-0,201 **	-0,782 **	-0,691 **	-0,166 **	-0,122 *	-0,184 *
Position, AssistentIn mit FA	-0,206 **	-0,641 **	-0,543 **	-	-	-0,163 *
Position, OberärztIn	-0,188 *	-0,517 **	-0,448 **	-	-	-
Position, leit. OberärztIn	-	-	-0,320 **	-	-	-
Fachgebiet, Radiologie	-	-	-	-	-	0,269 *
Fachgebiet, Pädiatrie	0,221 *	-	-	-	0,119 *	0,251 **
Fachgebiet, Geriatrie	-	-	-	-	0,262 **	-
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	-	-	-0,090 *	-	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	0,148 *	-0,165 *	-0,177 *	-0,201 **	-0,111 **	-
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	0,155 *	0,270 **	0,444 **	-0,170 **	-	-
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	-0,233 *	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten-	-	-	-	-	-	-
KH mit 501-1000 Betten	-	-0,312 **	-	-	-	-0,178 **
KH >1000 Betten	-0,305 **	-0,304 **	-	-	-	-0,376 **
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	0,169 *	-	-	-	-
R-Quadrat	0,051	0,144	0,107	0,030	0,028	0,063

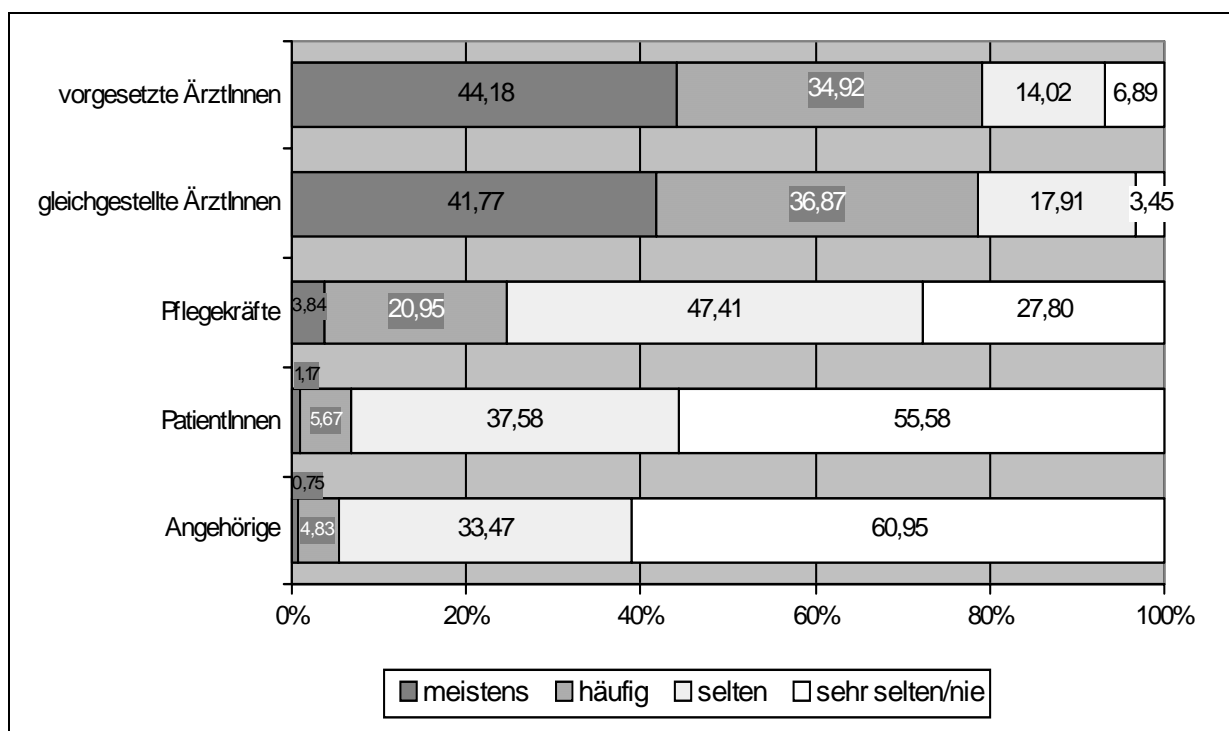
* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

35 Tabelle 10 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: diverse die Qualität der Kooperationsformen messende Variablen), z. B. Zusammenarbeit Ärzte/Pflegedienst: Konstante 3,314 + Anästhesiologie 0,148 = 3,462. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen bewertet in diesem Modell demnach die Qualität der Zusammenarbeit um 4 Prozent höher als internistische Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologe, desto mehr Qualität in der Zusammenarbeit mit der Pflege).

Für 78 Prozent der Ärzte gilt in der Regel, dass sie meistens oder sehr häufig Unterstützung bei Therapie und Diagnostik von ihren Kollegen oder vorgesetzten Ärzten bekommen, wenn sie diese benötigen (Abbildung 22). Pflegekräfte werden zumindest von 25 Prozent der Befragten meistens oder häufig hinzugezogen. Patienten oder Angehörige werden von ca. 95 Prozent selten bis nie an der Klärung von therapeutischen oder diagnostischen Problemen beteiligt.

Die Tatsache, dass Patienten und Angehörige so selten in diesbezügliche Prozesse hilfreich miteinbezogen werden ist hochgradig problematisch: Zumindest bezüglich der Abklärung von Vorerkrankungen und den Spezifika des jeweiligen Patienten gehört das Patientengespräch schließlich zu den basalen Vorgehensweisen eines Arztes, um sich der Diagnosestellung anzunähern. Eine vollständige Anamnese kann so nicht geleistet werden. Der zunehmende Zeitdruck unter DRG-Bedingungen ist immer dann ein Versorgungsproblem, wenn er dazu führt dass erst gar nicht versucht wird, nützliche Informationen vom Patienten oder seinen Angehörigen zu erfragen (Buhr/Klinke 2006a, b).

Abbildung 22: Unterstützung bei Problemen mit Therapie und Diagnostik in Prozent (n=1284)



In Tabelle 11 wird mittels einer linearen Regression untersucht (1 = nie/sehr selten Unterstützung bis 4 = meistens Unterstützung), wie die Häufigkeit von benötigter Unterstützung bei Therapie/Diagnostik durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft beeinflusst wird. Naturgemäß erhalten leitende Ärzte wesentlich seltener Unterstützung von vorgesetzten Ärzten als ihre subalternen Kollegen. Interessant ist vor allem, dass Assistenzärzte wesentlich seltener den Eindruck haben, von Patienten und Angehörigen Unterstützung bei Therapie und Diagnostik zu erhalten. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass derartige Ge-

sprache eine Domäne der Vorgesetzten sind, oder aber aufgrund geringerer Berufserfahrung stärkere Hemmungen bestehen, Patienten und Angehörigen gegenüber Unsicherheiten bei Therapie und Diagnostik zu thematisieren.

Pädiater und Anästhesiologen erhalten besonders häufig von Pflegenden Unterstützung, Radiologen hingegen so gut wie gar nicht. Radiologen, Anästhesiologen, aber auch Chirurgen und Pädiater erhalten noch seltener als andere Kollegen von Patienten und/oder Angehörigen Unterstützung bei Diagnose und Therapie. In größeren Häusern werden gleichgestellte Ärzte tendenziell häufiger hinzugezogen als in kleineren Häusern. Eventuell ist dies ein Vorteil größerer Einheiten, da es hier mehr Kollegen gibt, die man einbeziehen kann. In Großkrankenhäusern werden Pflegende deutlich seltener erfolgreich zur Klärung von Unsicherheiten bei Diagnose und Therapie hinzugezogen. Auch diese Einschätzung korrespondiert mit der Quantität und Qualität der Kooperationsformen (s. o.). Gegenüber Häusern mit öffentlichem Träger gibt es in Krankenhäusern mit freigemeinnützigem Träger tendenziell seltener erfolgreich Unterstützung von vorgesetzten Ärzten. Zu fragen ist, ob sich hierin flachere Hierarchien ausdrücken, oder aber sich leitende Ärzte häufiger als anderswo als unzugänglich bis weniger kompetent erweisen.

Tabelle 11: Unterstützung bei Therapie/Diagnostik – Lineare Regression³⁶

Beeinflussung der Nutzung von Unterstützung bei Therapie/Diagnostik durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft					
Einflussvariablen	Unterstützung bei Therapie/Diagnostik: durch gleichgestellte ÄrztInnen	Unterstützung bei Therapie/Diagnostik: durch vorgesetzte ÄrztInnen	Unterstützung bei Therapie/Diagnostik: durch Pflegekräfte	Unterstützung bei Therapie/Diagnostik: durch PatientInnen	Unterstützung bei Therapie/Diagnostik: durch Angehörige
Konstante***	3,165	1,480	1,988	1,975	1,915
Position, AssistentIn ohne FA	-	1,848 **	-	-0,460 **	-0,353 **
Position, AssistentIn mit FA	-0,211 *	1,686 **	-	-0,373 **	-0,255 **
Position, OberärztIn	-	1,501 **	-	-0,231 **	-0,167 *
Position, leit. OberärztIn	-	1,309 **	-	-0,222 *	-
Fachgebiet, Radiologie	-	-	-0,585 **	-0,315 **	-0,306 **

36 Tabelle 11 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: diverse die Häufigkeit der Unterstützung bei Therapie und Diagnostik messende Variablen), z. B. Unterstützung bei Therapie und Diagnostik durch Pflegekräfte: Konstante 1,988 + Anästhesiologie 0,251 = 2,239. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen erfährt in diesem Modell also um 13 Prozent häufiger Unterstützung von Pflegekräften als internistische Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologie, desto häufiger Unterstützung durch Pflegekräfte).

	Unterstützung bei Thera- pie/Diagno- stik: durch gleich- gestellte ÄrztInnen	Unterstützung bei Therapie/Diagno- stik: durch vorge- setzte ÄrztInnen	Unterstützung bei Therapie/Diagno- stik: durch Pfl- gekräfte	Unterstützung bei Thera- pie/Diagno- stik: durch PatientInnen	Unterstützung bei Thera- pie/Diagno- stik: durch Angehörige
Fachgebiet, Pädiatrie	-	-	0,383 **	-0,189 *	-
Fachgebiet, Geriatrie	-	-	-	-	-
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	-	-	-0,159 **	-0,217 **
Fachgebiet, Anästhesiologie	-	-	0,251 *	-0,221 **	-0,166 *
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-	-	-	-	-0,149 *
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten-	-	-	-	-	-
KH mit 501-1000 Betten	0,230 **	-	-	-	-0,135 *
KH >1000 Betten	-	-	-0,187 *	-	-0,147 *
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-0,147 *	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	-	-	-	-
R-Quadrat	0,015	0,223	0,058	0,050	0,062

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Zusammenarbeit mit Pflege, technischen und therapeutischen Diensten sowie der Haustechnik von den Befragten Ärzten mehrheitlich als gut eingestuft wird. Am intensivsten und erfolgreichsten kooperieren Ärzten mit gleichgestellten oder vorgesetzten Kollegen, wenn sie bei Diagnostik und Therapie nicht weiter wissen. Als problematisch wird die Kooperation mit Qualitätsmanagement und Verwaltung angesehen. Pflegekräfte, Patienten und deren Angehörige werden in Situationen der diagnostischen oder therapeutischen Unsicherheit nicht als Unterstützung empfunden. Wenn benötigt, erhalten 78 Prozent der Ärzte meistens oder sehr häufig Unterstützung bei Therapie und Diagnostik von ihren Kollegen oder vorgesetzten Ärzten. Pflegekräfte werden zumindest von 25 Prozent der Befragten meistens oder häufig hinzugezogen. Patienten oder Angehörige werden von ca. 95 Prozent selten bis nie an der Klärung von therapeutischen oder diagnostischen Problemen beteiligt. Durchgängig werden sämtliche Kooperationsformen von leitenden Ärzten wesentlich stärker genutzt, als von ihren KollegInnen. Insbesondere fällt auf, dass diagnose- und behandlungsbezogene Informationen seitens des Qualitätsmanagements/Stabsstellen und Verwaltung/Geschäftsführung primär von leitenden Ärzten wahrgenommen werden. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass diese Informationen zwar Versorgungsentscheidungen auf Chefarzzebene beeinflussen, aber gegenüber den dienstniedrigeren Ärzten

nicht kommuniziert werden. Diagnose- und behandlungsrelevante Informationen und Interventionen der Krankenhausleitung werden primär an die leitenden Ärzte gerichtet und sind nachgeordneten Ärzten oft nicht transparent: Chefärzte entscheiden teilweise autonom, welche Informationen der Krankenhausleitung an die ärztlichen Mitarbeiter weitergereicht werden (Buhr/Klinke 2006a, b). Als besonders kommunikativ und kooperativ haben sich die Pädiatrie und die Geriatrie erwiesen. Hier wird auch überdurchschnittlich häufig mit Pflegenden kooperiert, was sicherlich auch mit der hervorgehobenen Rolle Pflegender in diesen Disziplinen zusammen hängt. Anästhesisten und Radiologen weisen durchgängig disziplinäre Besonderheiten auf. Während die Radiologen besonders häufig mit Ärzten anderer Abteilungen kooperieren, neigen Anästhesisten dazu, Behandlungsentscheidungen häufiger allein zu treffen. Chirurgen nutzen die „klassischen“ Informationsquellen Fallbesprechungen mit Ärzten aus der eigenen Abteilung und die Visite häufiger als ihre Kollegen aus anderen Abteilungen. In Großkrankenhäusern wird deutlich weniger auf Pflegekräfte als Informationsquelle zurückgegriffen, während dafür häufiger transdisziplinäre Kontakte stattfinden – ein Vorteil größerer Einheiten. In Krankenhäusern mit gewerblichem Träger wird die Visite seltener als primäre Informationsquelle genutzt und insbesondere werden Pflegekräfte während der Visite weniger häufig konsultiert. Gegenüber Häusern mit öffentlichem Träger, wird in Krankenhäusern mit gewerblichem Träger die Kooperation mit der Verwaltung außerdem besser bewertet. Die Rolle der Verwaltung/Geschäftsführung in Krankenhäusern nimmt jedoch tendenziell zu (Buhr/Klinke 2006a, b); Vorreiter für diesen Wandel dürften die Privaten spielen, denn die Ökonomisierung des Krankenhausbetriebes ist ihr primäres Interesse. Kooperation im Krankenhaus ist zu großen Teilen Kommunikation. Gespräche kosten jedoch Zeit, weshalb unter Bedingungen anhaltender Budgetierung und DRG-Entgeltsystem der Anreiz besteht, kommunikative Kooperation durch systematisierte und formalisierte Abläufe zu ersetzen und nicht-technische Kommunikation auf das Nötigste zu beschränken.

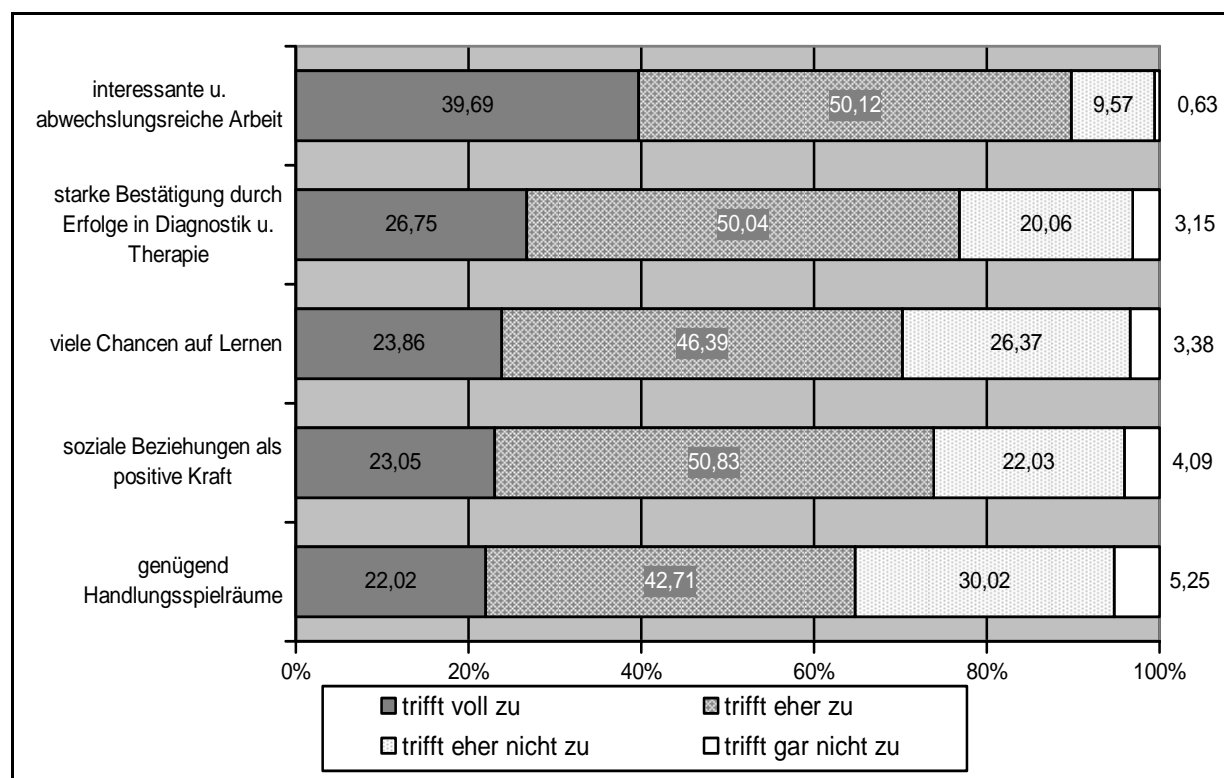
2.2.4 Arbeitszufriedenheit

Die zuvor geschilderte, mehrheitlich positive Bewertung von Umfang und Qualität benötigter und erfolgreich genutzter Kooperationsformen (Ressourcen) lassen eine hohe Arbeitszufriedenheit erwarten, sofern ihr nicht andere Faktoren (Belastungen) gegenüberstehen. Wie wirken sich demnach die zuvor beschriebenen Arbeitsbedingungen auf die Arbeitszufriedenheit im Einzelnen aus?

Von den fünf vorgelegten positiven Eigenschaften der Arbeit als Arzt im Krankenhaus (Ressourcen) wurden alle fünf Aussagen von 63 bis 90 Prozent der Befragten als zutreffend bezeichnet. Die höchste Zustimmung (90 Prozent) fand die Aussage, dass die Arbeit im Krankenhaus interessant und abwechslungsreich ist. Die geringste Zustimmung bekam die Aussage, dass die Arbeit genügend Handlungsspielräume bereithält (63 Prozent). Der hohe Zufriedenheitswert von bis zu 90 Prozent ist für Arbeitszufriedenheitsumfragen typisch, sollte insofern nicht überbewertet werden: „Bilanzierende Antworten“, „das Bestreben, ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten“ bzw. „hohe Arbeitszufriedenheit als erfolgreicher, restruktiver Sozialisationsprozess“ (Six/Kleinbeck 1989, 370f.) fördern die Zustimmung zu Fragen dieser Art.

Umso mehr sollte die Differenz von immerhin 27 Prozent zwischen den Antworten Beachtung finden. Antworten zur Arbeitszufriedenheit unterhalb von 80 Prozent Zustimmung sollten als bedenklich eingeschätzt werden. Unter diesen Vorzeichen betrachtet sehen viele Ärzte nicht genügend Handlungsspielräume in ihrer Tätigkeit und nicht ausreichend Chancen, um etwas zu lernen. Auch lässt das Miteinander am Arbeitsplatz zu wünschen übrig, und Erfolge in Diagnostik und Therapie werden nicht als starke Bestätigung erfahren. Die Wahrnehmung mangelnder Handlungsspielräume könnte auf DRG-Effekte und die zunehmende Ökonomisierung ärztlicher Entscheidungen zurückzuführen sein. Die Auswertung der Experteninterviews weist eindeutig in diese Richtung: Diagnose und Therapie finden nicht nur unter Zeitdruck statt, sondern auch das Abweichen von dem, was Abrechnungsfähig ist, was als Standard gilt, was als Erwartungshaltung von Chefarzt oder Verwaltung kommuniziert wird, birgt einen immer größeren Rechtfertigungsdruck und Aufwand für die behandelnden Ärzte (Buhr/Klinke 2006a, b).

Abbildung 23: positive Arbeitsbedingungen in Prozent (n=1284)



Mittels einer linearen Regression (Tabelle 12) wird untersucht (1 = trifft gar nicht zu bis 4 = trifft voll zu), wie das Ausmaß an Zustimmung zu den fünf abgefragten positiven Arbeitsbedingungen durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft beeinflusst wird. Vom Assistenzarzt ohne Facharztanerkennung bis zum Chefarzt zeichnet sich eine eindeutig aufsteigende Linie wachsender Zustimmung ab, d. h. die Arbeitszufriedenheit ist stark von der Position des Arztes abhängig. Dies ist unter derzeitigen Bedingungen insofern bedeutsam, als dass es Hinweise darauf gibt, dass die Arbeit als Krankenhausarzt für immer mehr Ärzte

zu einer Dauerlösung wird (s. u.). Die Arbeitsunzufriedenheit könnte demnach unter den Assistenzärzten, die ja nicht alle Oberärzte werden können, längerfristig zunehmen. Ein Arzt schreibt im Zusammenhang mit den Ärztestreiks im Frühjahr 2006: „Warum also soll man als junger Arzt die Nachteile eines ungerechten Systems ertragen, wenn ein Auskosten der Vorteile ausgeschlossen erscheint?“ (Debatin 2006).

Interessant ist, dass Assistenzärzte wesentlich weniger den Eindruck haben, viel in ihrer Arbeit dazulernen zu können. Dies ist eine Aussage, die sich auch auf die Versorgungsqualität auswirkt, da Assistenzärzte noch viel lernen müssen, bevor sie zu guten Ärzten werden. Viele der interviewten Assistenzärzte sehen hinsichtlich der Einschränkung diagnostischer Möglichkeiten und Zeitmangel, Dinge ausprobieren zu können, einen Zusammenhang zwischen DRGs und Einschränkung ärztlicher Fortbildungsmöglichkeiten (Buhr/Klinke 2006a, b).

Pädiater sind durchweg ein Stück zufriedener als ihre Kollegen aus anderen Abteilungen. Geriater und Anästhesiologen hingegen sind weniger zufrieden als andere Ärzte. Die Versorgung alter multimorbider Patienten bietet anscheinend vor allem weniger Erfolge durch Diagnostik und Therapie. In größeren Häusern bestehen tendenziell mehr Chancen, etwas dazu zu lernen als in kleineren Häusern – eventuell ein Vorteil größerer Einheiten, da es hier mehr innovative Verfahren und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern gibt. Die Trägerschaft spielt bei der Arbeitszufriedenheit keine Rolle.

Tabelle 12: Positive Arbeitsbedingungen – Lineare Regression³⁷

Beeinflussung positiver Arbeitsbedingungen durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft						
Einflussvariablen	positive Arbeitsbedingungen, kumuliert	Interessante und abwechslungsreiche Arbeit	genügend Handlungsspielräume	viele Chancen, etwas zu lernen	starke Bestätigung durch Erfolge in Diagnostik u. Therapie	soziale Beziehungen als positive Kraft
Konstante***	3,420	3,574	3,354	3,141	3,535	3,313
Position, AssistentIn ohne FA	-0,557 **	-0,552 **	-0,560 **	-0,565 **	-0,609 **	-0,376 **
Position, AssistentIn mit FA	-0,507 **	-0,473 **	-0,483 **	-0,557 **	-0,596 **	-0,425 **
Position, OberärztIn	-0,291 **	-0,271 **	-	-0,300 **	-0,357 **	-0,322 **
Position, leit. OberärztIn	-0,214 **	-0,286 **	-	-	-0,257 *	-0,282 **
Fachgebiet, Radiologie	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, Pädiatrie	0,208 **	0,268 **	-	0,283 **	-	0,264 **

37 Tabelle 12 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: diverse positive Arbeitsbedingungen), z. B. starke Bestätigung durch Erfolge in Diagnostik und Therapie: Konstante 3,535 + Anästhesiologie -0,248 = 3,287. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen erfährt in diesem Modell also um 7 Prozent weniger Bestätigung durch Erfolge in Diagnostik und Therapie als internistische Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologie, desto weniger Bestätigung durch Erfolge in Diagnostik und Therapie).

Einflussvariablen	positive Arbeitsbedingungen, kumuliert	Interessante und abwechslungsreiche Arbeit	genügend Handlungsspielräume	viele Chancen, etwas zu lernen	starke Bestätigung durch Erfolge in Diagnostik u. Therapie	soziale Beziehungen als positive Kraft
Fachgebiet, Geriatrie	-0,256 *	-0,284 *	-	-0,340 *	-0,476 **	-
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-0,128 *	-	-0,162 *	-	-0,248 **	-0,180 **
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-	-	-	0,197 *	-	-
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	-	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten-	-	-	-	-	-	-
KH mit 501-1000 Betten	-	0,149 *	-0,154 *	0,239 **	-	-
KH >1000 Betten	-	0,154 *	-0,218 **	0,232 **	-	-
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	-	-	-	-	-
R-Quadrat	0,117	0,077	0,081	0,105	0,080	0,036

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

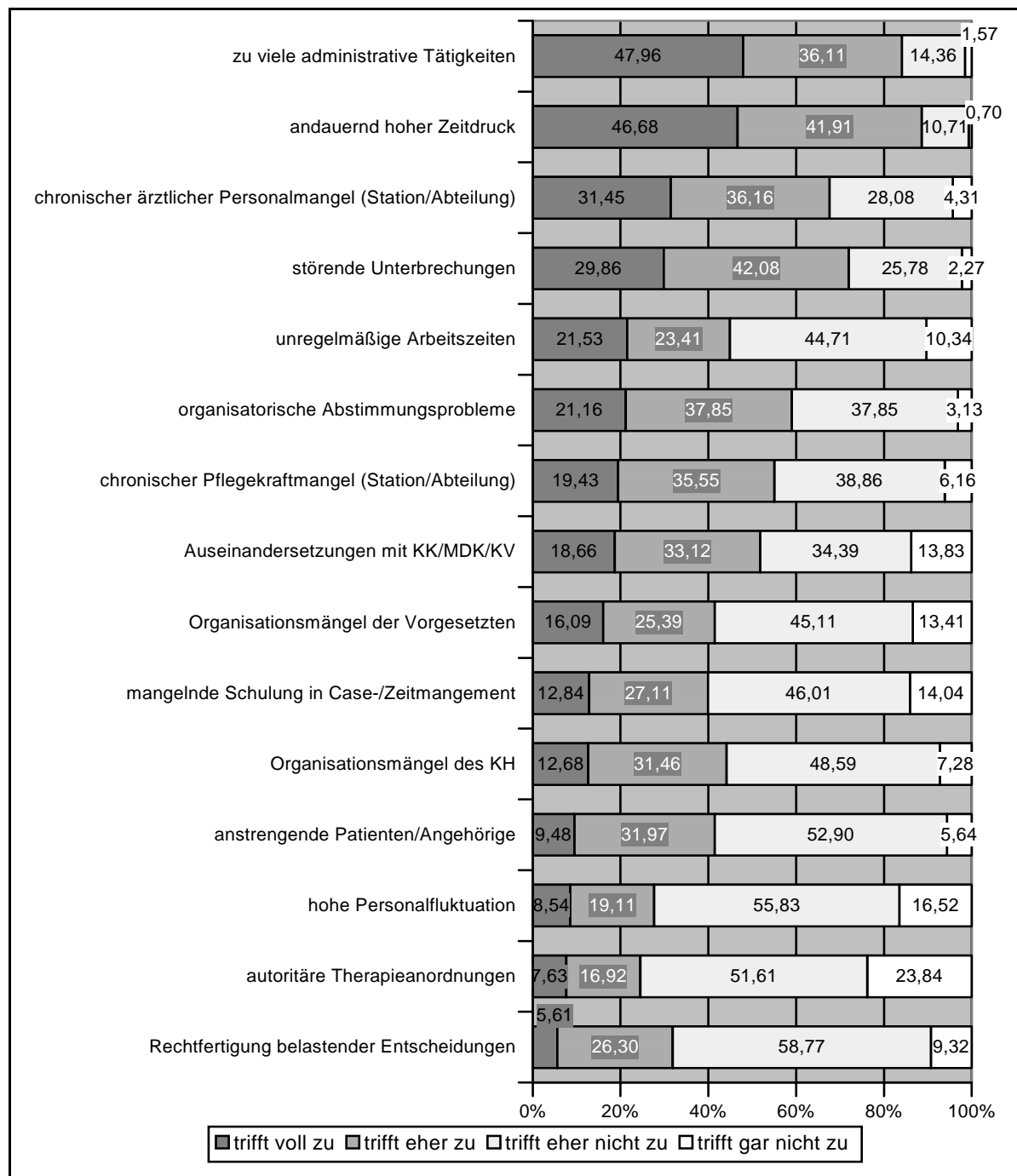
Von den fünfzehn vorgelegten negativen Aussagen über die Arbeit als Arzt im Krankenhaus (Belastungen) wurde sieben mehrheitlich zugestimmt (52 bis 87 Prozent). Die höchste Zustimmung fand die Aussage, dass die Arbeit im Krankenhaus mit andauernd hohem Zeitdruck verbunden ist, direkt gefolgt von der Aussage, die Arbeit im Krankenhaus ist von zu vielen administrativen Tätigkeiten begleitet. Diese Aussagen decken sich vollständig mit den qualitativen Befunden: Die DRGs haben zu weiteren Arbeitsverdichtungen geführt, da Codierungen und sonstige Dokumentationspflichten zugenommen haben, ohne dass Krankenhausärzte an anderer Stelle von Aufgaben entlastet worden wären (Buhr/Klinke 2006a, b). Um die 70 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass es zu viele störende Unterbrechungen gibt und chronischer Ärztemangel herrscht. Organisatorische Abstimmungsprobleme werden von 60 Prozent als zutreffend angesehen. Dies konterkariert die eher positive Einschätzung zur Kooperation (s. o.). Ungefähr 55 Prozent stellen in ihrer Abteilung/Station einen chronischen Pflegekräftemangel fest. Immerhin 52 Prozent der Befragten sehen ihren Alltag geprägt von Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, MDK und Versicherungen. Ein Befund, der sich ebenfalls als DRG-Effekt in der Auswertung der qualitativen Daten wieder findet (Buhr/Klinke 2006a, b).

Etwa jeweils 43 Prozent der befragten Ärzte halten organisatorische Mängel ihres Krankenhauses, ihrer Vorgesetzten, anstrengende Patienten/Angehörige und unregelmäßige Arbeitszeiten für zutreffend. 40 Prozent bestätigen für ihre Person eine mangelnde Schulung in Case-

und Zeitmanagement. 32 Prozent sehen sich in ihrem Arbeitsalltag mit der Rechtfertigung von für Patienten/Angehörige folgenschweren Entscheidungen konfrontiert. Für 28 Prozent ist ihre Arbeit von einer hohen Personalfuktuation gekennzeichnet. Die geringste Zustimmung (25 Prozent) bekam die Aussage, dass die Arbeit von zu vielen autoritären Therapieanordnungen geprägt ist.

Insgesamt präsentiert sich ein Bild, das auf einen ärztlichen Arbeitsalltag hinweist, der in vielen Fällen eine Kombination von Zeitdruck und organisatorischen Mängeln auf allen Ebenen der Krankenhausorganisation beinhaltet. Die Auswertung der Experteninterviews hat gezeigt, dass hinter den hier präsentierten Zahlen eine komplexe Problemlagenstruktur steht, in der traditionelle organisatorische Defizite der bundesdeutschen Krankenhauswirklichkeit durch neue ökonomische Restriktionen, die durch Budgetierung und DRGs ausgelöst wurden, überlagert werden. Die Folgen sind für viele Krankenhäuser eine Form der Mangelverwaltung, die derzeit weder die alten medizinischen noch die neuen ökonomischen Probleme zu lösen in der Lage zu sein scheint (Buhr/Klinke 2006a, b). Auch wenn man berücksichtigt, dass personale Dienstleistungen immer viele Unwägbarkeiten mit sich bringen, insbesondere wenn es sich um kranke Menschen handelt, so lässt sich doch ein hohes Potenzial für Verbesserungen der Arbeits- und Verwaltungsorganisation sowie des Case- und Zeitmanagements erkennen. Umfragen bestätigen, dass hier auf allen Seiten (Ärzte/Pflege/Krankenhausleitung) große Skepsis besteht, ob die jeweils angedachten Lösungsvorschläge wirklich Verbesserungen mit sich bringen (Blum/Müller/Offermanns 2004), weshalb ein Erhalt des Status Quo als der kleinste gemeinsame Nenner erscheint: Besser einen bekannten unguten Zustand fortsetzen, als etwas mit teilweise unbekannten Folgen verändern. Hinzu kommt, dass die verschiedenen Akteure im Krankenhaus durchaus unterschiedliche Interessen haben, und in Zeiten der Budgetierung ein verstärkter Verteilungskampf zwischen den Professionen stattfindet (o. A. 2006).

Abbildung 24: negative Arbeitsbedingungen (n=1284)



Mittels einer linearen Regression (Tabelle 13) wird untersucht (1 = trifft gar nicht zu bis 4 = trifft voll zu), wie das Ausmaß an Zustimmung zu den fünfzehn abgefragten negativen Arbeitsbedingungen durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft beeinflusst wird. Hierzu wurde ein kumulierter Durchschnittswert über alle fünfzehn Aussagen hinweg gebildet³⁸ und mittels linearer Regression modelliert.

38 Die Werte 1-4 (gar nicht – voll zutreffend) aller fünfzehn Aussagen wurden je Fall addiert und dann durch 15 dividiert, um das Skalenniveau zu standardisieren. Es wurden nur die Fälle berechnet, die zu allen fünfzehn Aussagen Angaben gemacht haben.

Betrachtet man den kumulierten Wert negativer Arbeitsbedingungen, so erkennt man - analog zu den positiven Arbeitsbedingungen - vom Chefarzt bis zum Arzt ohne Facharztanerkennung eine eindeutig aufsteigende Linie wachsender Arbeitsunzufriedenheit. Nur ein andauernder Zeitdruck sowie die Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, MDK und Versicherungen betreffen leitende Ärzte stärker als andere. Auch diese Zahlen decken sich mit den Aussagen in den qualitativen Interviews (Buhr/Klinke 2006a, b). Interessant ist hierbei, dass selbst leitende Oberärzte noch eine recht hohe Neigung besitzen, ihren Vorgesetzten eine ungenügende Organisationsfähigkeit zu attestieren. Zusammen mit den Werten der Assistenzärzte und Aussagen in den Interviews über mangelnde Kommunikation, deutet einiges darauf hin, dass hier vor allem Chefarzte gemeint sind, die sich teilweise zu wenig um Konkrete Arbeitsorganisation kümmern (Buhr/Klinke 2006a, b):

B01: Wenn ich bestimmten Leuten Glauben schenken darf, meiner Stationsschwester zum Beispiel, hat es massiv zugenommen, aber ich *kriege* die nicht. Weil, es sind unterschiedliche Verteiler zum Beispiel. Wenn die Geschäftsleitung etwas macht, die Pflege läuft über die Pflegedienstleitung, die Stationschwester, und die Ärzteschaft geht über Chefarzte, Oberärzte, Assistenzärzte. In *meiner* Abteilung gibt es anscheinend beim Chefarzt so einen Stopp. Mein Chefarzt hat zum Beispiel einmal zu mir gesagt, ich erzähle Ihnen nur das, was ich meine, was Sie wissen müssen. Ob das dann auch Dienstanweisungen zum Beispiel sind, das weiß ich gar nicht. Ist wohl so. Denn es gibt viele Dinge, die passieren dann, und dann muss es doch mal eine Infor-. Oder wo ich dann nachfrage, da muss es doch-, ja, da ist mal was gekommen. Aber da ist ein Stopp, während auf der anderen Seite bei den Schwestern sehr genau-, also, Geschäftsleitung, Pflegedienstleitung, die haben Sitzungen. Und dann wird es verteilt, und da geht es auch weiter, die haben auch ihre Besprechungen regelmäßig und so weiter. Bei denen funktioniert das und bei uns nicht. (OA Innere, D107, 51)

Ein ähnlich hierarchieabhängiger Bias ergibt sich hinsichtlich der Aussagen, dass die Arbeit von unzureichenden organisatorischen Abstimmungen sowie von autoritären Therapieanordnungen geprägt sei: Ein Chefarzt kann diesen Aussagen normalerweise schlecht zustimmen, das sie seinen eigenen Verantwortungsbereich betreffen, außer in den Fällen, in denen die Verwaltungsleitung/Geschäftsführung für die Mängel verantwortlich zu machen ist. Jedoch auch Organisationsmängel des Krankenhauses werden von Assistenzärzten häufiger als zutreffend angesehen als von ranghöheren Ärzten. Generell findet sich bei all denjenigen Aussagen, die auf unstrukturierte und unklare Arbeitsabläufe hinweisen, eine besonders hohe Zustimmung von Assistenzärzten. Dies ist verständlich, denn wer in einer Institution noch relativ neu ist und noch viel lernen muss, der kann besonders stark von systematisierenden und strukturierenden Handlungsorientierungen profitieren - eine Aussage, die auch starke Implikationen in Bezug auf die Versorgungsqualität aufweist, da ein desorientierter Arzt sicherlich nicht in der Lage ist, unter DRG-Bedingungen das Beste in kürzester Zeit für seine Patienten zu erreichen. Dies könnte auch erklären, weshalb Assistenzärzte zunehmend eine positive Haltung gegenüber Leitlinien und Behandlungsstandards entwickeln. Eine Orientierung an Standards, immer Sinne eines Rückbezugs auf die formale Korrektheit des eigenen Handelns, ist immer dann zu beobachten, wenn eine eigenständige Auseinandersetzung mit dem, was richtiges Handeln wäre, unmöglich erscheint. Dies ist eine handlungstheoretische These, die eine Beziehung zwischen objektiver Lage (zeitliche und ökonomischer Restriktionen) und subjektiver Orientierung (Einstellung gegenüber Leitlinien) unterstellt.

Ein Blick auf den kumulierten Wert aller negativen Arbeitsbedingungen zeigt, dass die Variable „Fachgebiet“ keine bzw. nur geringe Abweichungen aufweist. Entweder existieren tatsächlich nur geringe Abweichungen (bei Radiologen und Anästhesiologen besteht eine etwas geringere Arbeitsunzufriedenheit) oder diese sind einander ausgleichend über die fünfzehn Aussagen hinweg verteilt. Letzteres scheint der Fall zu sein, d. h. es gibt kein ‚glückliches‘ Fachgebiet, sondern im Wesentlichen nur unterschiedliche Problemlagen: Radiologen und Geriater sehen sich weniger häufig mit einem andauernden Zeitdruck konfrontiert als ihre Kollegen. Radiologen und Anästhesiologen nehmen ihren Arbeitsalltag weitaus seltener von zu vielen administrativen Tätigkeiten gekennzeichnet wahr. Auch werden störende Unterbrechungen von Anästhesisten und Chirurgen seltener als Problem empfunden. Chronischer ärztlicher Personalmangel spielt für Radiologen eine geringere Rolle. Dagegen sind unregelmäßige Arbeitszeiten und Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, MDK und Versicherungen für den Beruf des Chirurgen besonders kennzeichnend, wohingegen diese Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, MDK und Versicherungen für Radiologen und Anästhesiologen kaum eine Rolle spielen. In der Pädiatrie prägt die mangelnde Organisation der Vorgesetzten seltener den Alltag. Bei den Anästhesiologen ist die Wahrscheinlichkeit, von organisatorischen Mängeln des Krankenhauses betroffen zu sein, zwar höher, die, mit anstrengenden Patienten/Angehörigen konfrontiert zu werden, jedoch geringer³⁹. Geriater sind von einer höheren Personalfuktuation betroffen, Anästhesisten von einer geringeren. Die Nachwuchskräfte der Chirurgen und Anästhesisten sehen sich mit autoritären Therapieanordnungen besonders stark konfrontiert. Geriater und Neurologen befinden sich häufiger als ihre Kollegen in Situationen, in denen sie für Patienten und Angehörige folgenschwere und belastende Entscheidungen rechtfertigen müssen, während Radiologen und Anästhesisten hiermit seltener als alle anderen zu tun haben.

In größeren Häusern ist die Wahrscheinlichkeit, schlechte Arbeitsbedingungen vorzufinden, etwas höher als in kleineren Einheiten. Insbesondere Zeitdruck, störende Unterbrechungen, organisatorische Abstimmungsprobleme, unregelmäßige Arbeitszeiten, Organisationsmängel des Hauses sowie eine hohe Personalfuktuation prägen in Großkrankenhäusern stärker den Alltag als anderswo. Die Trägerschaft spielt bei der Arbeitsunzufriedenheit keine ausgeprägte Rolle. Allerdings werden in privaten Häusern die Patienten/Angehörigen häufiger als anstrengend wahrgenommen⁴⁰, wohingegen administrative Tätigkeiten dort seltener problematisch zu

39 Man lerne: Nur ein betäubter Patient ist ein guter Patient!

40 Seit längerem wird darüber gestritten, ob man Patienten als Kunden betrachten dürfe (Lipski 2004; Nederegger 2005). Befürworter der Übertragbarkeit des Kundenkonzepts finden sich vor allem auf Seiten derjenigen, die gleichzeitig eine möglichst weitgehende gewinnwirtschaftliche Neuausrichtung von Krankenhäusern fordern (Dieterich 2006). Die besonders intensive Wahrnehmung von Patienten und Angehörigen als anstrengend, spricht zumindest nicht für eine erfolgreiche Kundenorientierung in privaten Krankenhäusern – außer man versteht unter Kundenorientierung das falsche Lächeln des Verkäufers, wie es jeder Konsument kennt. Dialektisch betrachtet besteht ein Zusammenhang zwischen Kundenorientierung und der Wahrnehmung des Patienten/Kunden als anstrengend: Wenn der Arzt dem Patienten/Kunden ein unter Zeitdruck und DRG-Beschränkungen nur mediokres Versorgungsangebot machen kann, muss er darüber hinausgehende Ansprüche an seine Zeit/Versorgungsansprüche als anstrengend empfinden, trotzdem wird er wegen der Kundenorientierung weiter freundlich um das Vertrauen des Kunden in sein Produkt/Versorgungsangebot werben. Es entsteht eine objektive Stresssituation für den Verkäufer/Arzt, weil er nicht so Handeln kann, wie er gerne würde und in seiner Erinnerung bleibt der Eindruck einer anstrengenden Gesprächssituation zurück.

sein scheinen. In freigemeinnützigen Häusern stellt sich das Problem der mangelnden Schulung in Zeit- und Case-Management laut gemachter Aussagen nicht besonders häufig.

Tabelle 13: Negative Arbeitsbedingungen – Lineare Regression⁴¹

Beeinflussung negativer Arbeitsbedingungen durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft						
Einflussvariablen	negative Arbeitsbedingungen, kumuliert	andauernd hoher Zeitdruck	organisatorische Abstimmungsprobleme	anstrengende Patienten/Angehörige	Rechtfertigung belastender Entscheidungen	störende Unterbrechungen
Konstante***	2,292	3,385	2,120	2,286	2,102	2,654
Position, AssistentIn ohne FA	0,386 **	-	0,558 **	0,372 **	0,262 **	0,373 **
Position, AssistentIn mit FA	0,257 **	-0,241 **	0,535 **	0,197 *	0,240 **	0,227 *
Position, OberärztIn	0,220 **	-0,163 *	0,432 **	-	0,180 *	-
Position, leit. OberärztIn	0,219 **	-	0,384 **	-	-	0,335 **
Fachgebiet, Radiologie	-0,169 *	-0,269 **	-	-	-0,314 **	-
Fachgebiet, Pädiatrie	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, Geriatrie	-	-0,380 **	-	-	0,395 **	-
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-	0,281 **	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	-	-	-	-	-0,154 *
Fachgebiet, Anästhesiologie	-0,101 *	-	-	-0,239 **	-0,199 **	-0,356 **
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-0,100 *	-	-	-	-0,182 **	-0,243 **
KH mit 201-300 Betten	-	-	0,187 *	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	-	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten-	-	-	0,251 *	-	-	0,256 *
KH mit 501-1000 Betten	0,099 *	0,170 **	0,224 **	-	-	0,253 **
KH >1000 Betten	0,143 **	0,319 **	0,297 **	-	-	0,327 **
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	-	-	0,155 *	-	-

41 Tabelle 13 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: diverse negative Arbeitsbedingungen), z. B. anstrengende Patienten/Angehörige: Konstante 2,286 + Anästhesiologie -0,239 = 2,047. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen erlebt in diesem Modell also um 10 Prozent weniger anstrengende Patienten/Angehörige, als internistische Kollegen. Diese Betrachtungsweise gilt auch für alle folgenden Regressionen dieser Art. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologe, desto weniger anstrengende Patienten/Angehörige).

Einflussvariablen	negative Arbeitsbedingungen, kumuliert	andauernd hoher Zeitdruck	organisatorische Abstimmungsprobleme	anstrengende Patienten/ Angehörige	Rechtfertigung belastender Entscheidungen	störende Unterbrechungen
R-Quadrat	0,095	0,051	0,069	0,073	0,053	0,076
Einflussvariablen	zu viele administrative Tätigkeiten	Unregelmäßige Arbeitszeiten	hohe Personalfrequenz	autoritäre Therapieanordnungen	Organisationsmängel des KH	Organisationsmängel der Vorgesetzten
Konstante***	3,165	2,204	2,008	1,266	1,989	1,545
Position, AssistentIn ohne FA	0,229 **	0,319 **	0,240 **	0,838 **	0,472 **	0,960 **
Position, AssistentIn mit FA	-	-	-	0,768 **	0,385 **	0,913 **
Position, OberärztIn	-	-	-	0,456 **	0,301 **	0,788 **
Position, leit. OberärztIn	0,262 **	-	-	0,352 **	-	0,693 **
Fachgebiet, Radiologie	-0,631 **	-	-	-	-	-
Fachgebiet, Pädiatrie	-	-	-	-	-	-0,300 **
Fachgebiet, Geriatrie	-	-	0,332 *	-	-	-
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	0,145 *	-	0,256 **	-	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-0,700 **	-	-0,219 **	0,238 **	0,246 **	-
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-	-0,245 *	-0,234 **	-	-	-
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	0,166 *	-	-
KH mit 301-400 Betten	0,187 *	-	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten	-	-	-	-	-	0,289 *
KH mit 501-1000 Betten	0,199 **	0,184 *	-	-	-	-
KH >1000 Betten	0,204 **	0,285 **	0,235 **	-	0,265 **	-
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-0,141 *	-	-	-	-	-
R-Quadrat	0,158	0,051	0,038	0,123	0,065	0,091
Konstante***	2,612	2,483	2,101	2,848		
Position, AssistentIn ohne FA	0,352 **	0,300 **	0,512 **	-		
Position, AssistentIn mit FA	-	0,217 *	0,311 **	-0,230 *		
Position, OberärztIn	-	-	0,278 **	-		
Position, leit. OberärztIn	-	-	-	-		
Fachgebiet, Radiologie	-0,272 *	-	-	-0,963 **		
Fachgebiet, Pädiatrie	-	-	-	-		
Fachgebiet, Geriatrie	-	-	-	-		
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-		

Einflussvariablen	negative Arbeitsbedingungen, kumuliert	andauernd hoher Zeitdruck	organisatorische Abstimmungsprobleme	anstrengende Patienten/ Angehörige	Rechtfertigung belastender Entscheidungen störende Unterbrechungen
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	-	-	0,129 *	
Fachgebiet, Anästhesiologie	-	-	-	-1,077 **	
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-	-0,179 *	-	-	
KH mit 201-300 Betten	0,204 *	-	-	-	
KH mit 301-400 Betten	-	-	-	-	
KH mit 401-500 Betten-	-	-	-	-	
KH mit 501-1000 Betten	0,182 *	-	-	-	
KH >1000 Betten	0,188 *	-	-	-	
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-0,130 *	-	
Trägerschaft, privater Träger	-	-	-	-	
R-Quadrat	0,041	0,022	0,038	0,214	

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

In Hinblick auf die negativen Arbeitsbedingungen hat sich der andauernd hohe Zeitdruck als stärkster alleiniger Faktor für eine potenzielle Arbeitsunzufriedenheit herausgestellt, wobei organisatorische Probleme ebenfalls eine bedeutende Rolle spielen. Auch wurden die Ärzte gefragt, ob sie ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß schaffen (Tabelle 14). Lediglich 34 Prozent der Befragten gaben an, durchweg in der Lage zu sein, ihr Arbeitspensum zu bewältigen. 35 Prozent fühlen sich dazu nur selten nicht in der Lage. 31 Prozent allerdings schaffen nach eigener Aussage ihr Arbeitspensum häufig nicht.

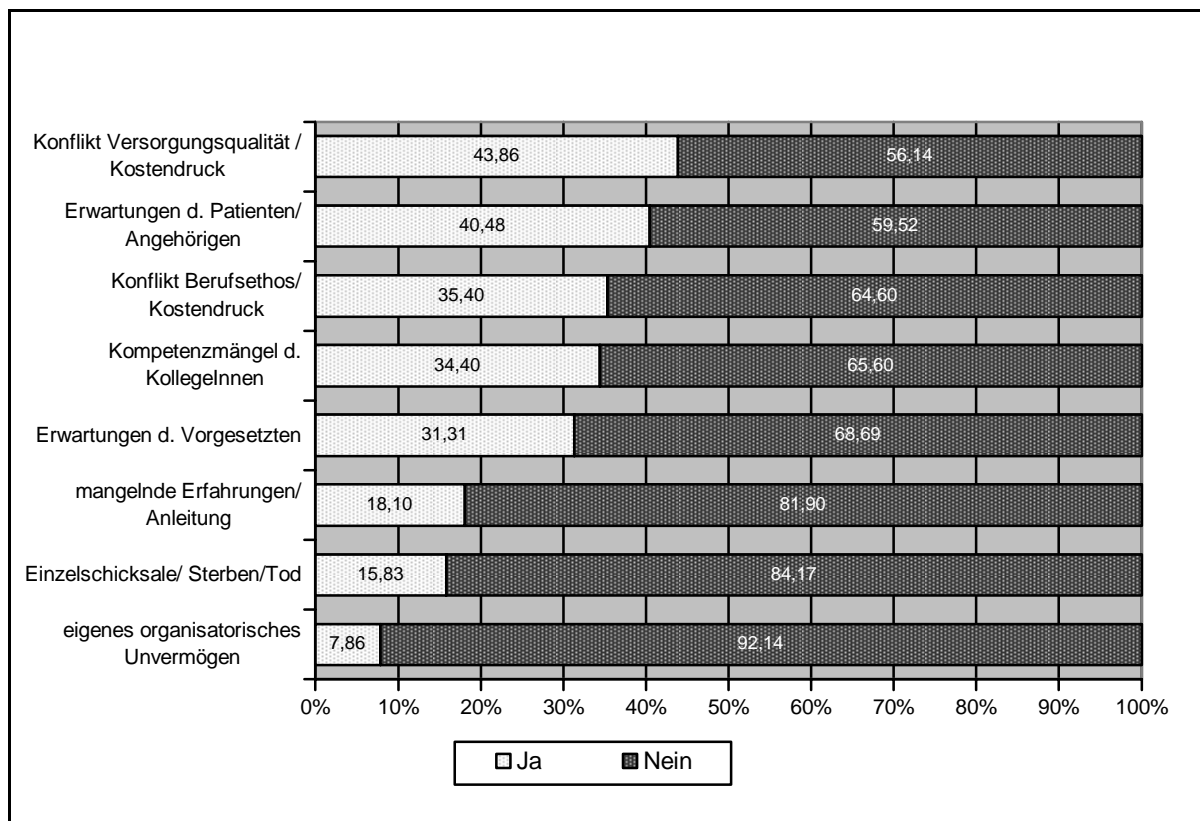
Der bisher dominante erklärende Faktor „Position“ wurde auch in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit, sich überfordert zu fühlen, getestet. Wie erwartet nimmt der Anteil derjenigen, die das Gefühl haben, ihr Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß zu bewältigen, umgekehrt proportional zur Höhe ihres Dienstgrades zu (von 58 Prozent bei Chefarzten bis hin zu 75 Prozent bei Assistenzärzten ohne Facharztanerkennung).

Tabelle 14: Arbeitspensum wird nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigt, Verteilung nach Position (n=1284)

Arbeitspensum wird nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigt, Verteilung nach Position		Ja, häufig	Ja, selten	Nein
AssistentIn ohne Facharztanerkennung	Anzahl	169	185	118
	%	35,81	39,19	25,00
AssistentIn mit Facharztanerkennung	Anzahl	85	104	122
	%	27,33	33,44	39,23
OberärztIn	Anzahl	77	96	106
	%	27,60	34,41	37,99
leitende OberärztIn	Anzahl	31	35	44
	%	28,18	31,82	40,00
ChefärztIn	Anzahl	27	31	42
	%	27,00	31,00	42,00
Gesamt	Anzahl	389	451	432
	%	30,58	35,46	33,96

Diejenigen Ärzte, die häufig oder zumindest manchmal feststellen, dass sie ihr Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigen (66 Prozent), sind darüber hinaus gefragt worden, welche Ursachen ihrer Ansicht nach zu Überforderungssituationen führen (Tabelle 14 und Abbildung 25). Für 43 Prozent spielt hierbei der Konflikt Versorgungsqualität/Kostendruck eine starke Rolle. 41 Prozent fühlen sich von den überhöhten Erwartungen der Patienten und Angehörigen überfordert. Wiederum 36 Prozent sehen starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck als ursächlich an. Kompetenzmängel von Kollegen werden von 34 Prozent der Befragten angegeben. Überhöhte Erwartungen von Vorgesetzten spielen für 32 Prozent eine Rolle. Mangelnde eigene Erfahrung und Anleitung werden immerhin von 18 Prozent angegeben. 16 Prozent fühlen sich von der Konfrontation mit Einzelschicksalen und Tod überfordert. 8 Prozent räumen ein, dass ihr eigenes organisatorisches Unvermögen dazu führt, das Arbeitspensum nicht zu schaffen.

Abbildung 25: Arbeitspensum wird nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigt, Überforderung verursachende Faktoren (Mehrfachantworten, n=840)



Mittels einer linearen Regression (Tabelle 15) wird untersucht (0 = nein, 1 = ja), wie das Ausmaß an Zustimmung zu den acht abgefragten möglichen Ursachen für eine Überforderungssituation durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft beeinflusst wird. Hinsichtlich der Position zeigt sich nur in Bezug auf die zwei hierarchiebezogenen Aussagen eine spezifische Verteilung: Übertriebene Erwartungen der Vorgesetzten werden naturgemäß von Chefärzten nicht als Ursache für ihre eigene Überforderung angegeben. Während Assistenzärzte ohne Facharztanerkennung die größte Disposition besitzen, Vorgesetzte als Verursacher von übertriebenen Erwartungen anzusehen, nimmt diese Disposition bis zum leitenden Oberarzt immer weiter ab (-45 Prozent), um dann bei Chefärzten ganz zu verschwinden. Assistenzärzte ohne Facharztanerkennung sind außerdem die Einzigen, die die Neigung besitzen, ihre mangelnde Erfahrung und Anleitung als ursächlich dafür anzusehen, dass sie ihr Arbeitspensum nicht schaffen.

Interessant ist, dass selbst leitende Oberärzte noch die recht hohe Bereitschaft haben, ihre Vorgesetzten für Überforderung verantwortlich zu machen. Ähnlich wie in der Analyse der Gründe für die Arbeits(un-)zufriedenheit (s. o.) weist auch hier vieles auf hierarchiegebundene Problemlagen hin: Je größer die Weisungsbefugnis, desto größer die Arbeitszufriedenheit, desto geringer die Wahrscheinlichkeit, sich überfordert zu fühlen und dafür Vorgesetzte verantwortlich zu machen (bzw. zu können): Ein Befund, der für die Einführung flacherer Hierarchien spricht, denn so wird ein 'Verantwortungsschiebeparkplatz' beseitigt, wo nur derjenige glücklich ist, der ganz oben die Weichen stellt.

Radiologen und Anästhesiologen sind aufgrund ihres Fachgebietes weniger mit überhöhten Erwartungen von Patienten/Angehörigen konfrontiert als andere Ärzte. Geriater hingegen sehen mehr als alle anderen den Konflikt Versorgungsqualität/Berufsethos versus Kostendruck als ursächlich für Überforderungssituationen an. Auch für Chirurgen besitzt der Konflikt Berufsethos/Kostendruck bereits eine besonders hohe Relevanz. Krankenhausgröße und Trägerschaft spielen bei den Ursachen für Überforderung keine Rolle. Dies kann als Hinweis gewertet werden, dass die durch Budgetierung und DRGs verursachten Konflikte eine übergeordnete Rolle spielen und nicht von der Art des Krankenhauses oder seiner Trägerschaft abhängig sind.

Tabelle 15: Arbeitspensum wird nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigt – Lineare Regression⁴²

Arbeitspensum wird nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigt, Beeinflussung durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft				
Einflussvariablen	Konflikt Versorgungsqualität/ Kostendruck	Erwartungen der Patienten/ Angehörigen	Konflikt Berufsethos/ Kostendruck	Kompetenzmängel der KollegInnen
Konstante***	0,426	0,329	0,304	0,310
Position, AssistentIn ohne FA	-	-	-	-
Position, AssistentIn mit FA	-	-	-	-
Position, OberärztIn	-	-	-	-
Position, leit. OberärztIn	-	-	-	-
Fachgebiet, Radiologie	-	-0,232 *	-	-
Fachgebiet, Pädiatrie	-	-	-	-
Fachgebiet, Geriatrie	0,269 *	-	0,256 *	-
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	-	0,113 **	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-	-0,159 *	-	-

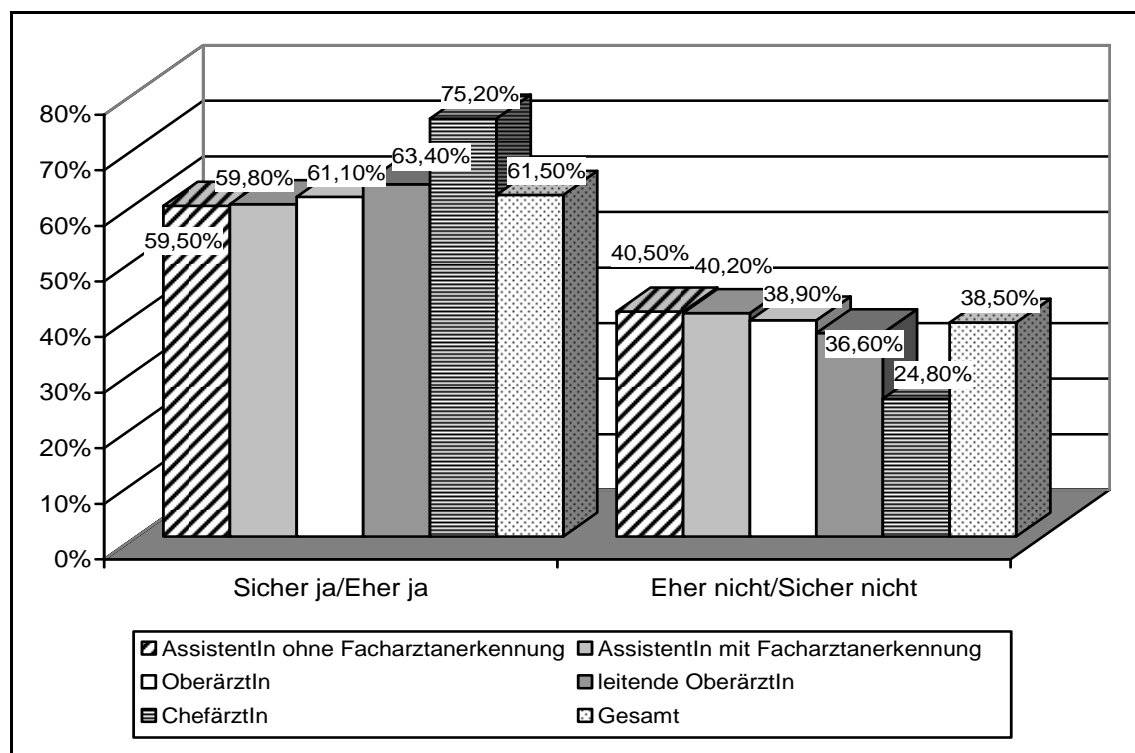
42 Tabelle 15 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: diverse potenzielle Überforderungssituationen), z. B. Erwartungen der Patienten/Angehörigen: Konstante 0,329 + Anästhesiologie -0,159 = 0,170. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen hat in diesem Modell also eine um 16 Prozentpunkte reduzierte Neigung, die Erwartungen von Patienten/Angehörigen als Überforderung zu bewerten als internistische Kollegen. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologe, desto weniger Überforderung durch Erwartungen der Patienten/Angehörigen).

Einflussvariablen	Konflikt Versorgungsqualität/ Kostendruck	Erwartungen der Patienten/ Angehörigen	Konflikt Berufsethos/ Kostendruck	Kompetenzmängel der KollegInnen
Fachgebiet, sonst. Fachgebiete	-	-	-	-
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten-	-	-	-	-
KH mit 501-1000 Betten	-	-	-	-
KH >1000 Betten	-	-	-	-
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	-	-	-
R-Quadrat	0,019	0,044	0,017	0,017
Einflussvariablen	Erwartungen der Vorgesetzten	mangelnde Erfahrungen/ Anleitung	Einzelschicksale/ Sterben/Tod	eigenes organisator. Unvermögen
Konstante***	0,034	0,017	0,167	0,055
Position, AssistentIn ohne FA	0,344 **	0,288 **	-	-
Position, AssistentIn mit FA	0,309 **	-	-	-
Position, OberärztIn	0,231 **	-	-	-
Position, leit. OberärztIn	0,208 *	-	-	-
Fachgebiet, Radiologie	-	-	-0,167 *	0,118 *
Fachgebiet, Pädiatrie	-	-	-	-
Fachgebiet, Geriatrie	-	-	-	0,119 *
Fachgebiet, Neurologie	-	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-	-	-	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	-	-	0,110 *	-
Fachgebiet, sonst. Fachgebiete	-	-	-	-
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten-	-	-	-	-
KH mit 501-1000 Betten	-	-	-	-
KH >1000 Betten	-	-	-	-
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	-	-	-
R-Quadrat	0,038	0,080	0,024	0,016

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

Generell wird bei Arbeitszufriedenheitsuntersuchungen häufig ein hoher Grad an Zustimmung zu der einmal getroffenen Lebensentscheidung gemessen (s. o.). Gerade bei akademischen Berufen ist dies nicht weiter verwunderlich, da bei den hier Beschäftigten ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit gegenüber der eigenen Berufswahl angenommen werden kann: Man sieht sich nicht als Opfer von Umständen, sondern als erfolgreichen Meister eigener Lebensentscheidungen. Deshalb erscheint es einigermaßen erstaunlich, dass immerhin 39 Prozent der Befragten (Abbildung 26) sich nicht wieder für den Arztberuf entscheiden würden, wenn sie heute diese Entscheidung erneut treffen müssten. Es muss befürchtet werden, dass die Arbeitsmotivation dieser Ärzte stark abgenommen hat. Auch hier lässt sich beobachten, dass umgekehrt proportional zur Höhe des Dienstgrades die Wahrscheinlichkeit zunimmt, die Berufswahl nicht zu wiederholen (von 25 Prozent bei Chefärzten bis 41 Prozent bei Assistenzärzten ohne Facharztanerkennung), was als Bestätigung für die zuvor gemessenen Werte Themenbezogener Arbeitsunzufriedenheit gewertet werden kann.

Abbildung 26: Wiederwahl des Arztberufes nach beruflicher Position (n=1281)



Faktoren, die Arbeitszufriedenheit bzw. –unzufriedenheit begünstigen, sind also für Krankenhausärzte in beiderlei Hinsicht reichlich vorhanden. Wer jedoch sein Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigt, kann den Arbeitstag kaum glücklich und zufrieden beenden. Darüber hinaus sind unerledigte oder schlecht erledigte Dinge eine Belastung für die Versorgungsqualität. Diese Situation ist für ungefähr ein Drittel der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte häufig zutreffend und ungefähr genauso viele würden ihre Berufswahl nicht wiederholen. Der Zusammenhang zwischen kumuliertem Wert für negative Ar-

beitsbedingungen, zu hohem Arbeitspensum und Wiederwahl des Arztberufes wurde getestet und erwies sich als hochgradig signifikant⁴³. Ein Zusammenhang kann demnach an dieser Stelle durchaus unterstellt werden. Ein wesentlicher Faktor, der Unzufriedenheit begünstigt, ist die Hierarchie unter Ärzten im Krankenhaus bzw. die organisatorischen Mängel, unter denen besonders die Nachwuchskräfte zu leiden haben (Debatin 2006). Hier könnte ein unmittelbarer Ansatzpunkt liegen, ohne zusätzliche Kosten positive Arbeitsbedingungen zu fördern und mittelbar gleichzeitig die Versorgungsqualität zu erhöhen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Arbeitszufriedenheit stark von der Position des Arztes abhängig ist, wobei sich die Assistenzärzte am unteren Ende der Zufriedenheitsskala befinden. Dies ist unter derzeitigen Bedingungen in so fern von Bedeutung, als dass es Hinweise darauf gibt, dass die Arbeit als Krankenhausarzt für immer mehr Ärzte zu einer Dauerlösung wird; die Arbeitsunzufriedenheit dürfte also unter den Assistenzärzten, die ja nicht alle Oberärzte werden können, langfristig weiter zunehmen. Von den fünfzehn vorgelegten negativen Aussagen über die Arbeit als Arzt im KH (Belastungen) wurde sieben mehrheitlich zugestimmt (52 bis 87 Prozent). Die höchste Zustimmung fand die Aussage, dass die Arbeit im KH mit andauernd hohem Zeitdruck verbunden ist, direkt gefolgt von der Aussage, die Arbeit im KH ist von zu vielen administrativen Tätigkeiten begleitet. Um die 70 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass es zu viele störende Unterbrechungen gibt und chronischer Ärztemangel herrscht. Organisatorische Abstimmungsprobleme werden von 60 Prozent als zutreffend angesehen. Dies konterkariert die eher positiven Einschätzung zur Kooperation (s.o.). Ungefähr 55 Prozent sehen in ihrer Abteilung/Station einen chronischen Pflegekräftemangel. 52 Prozent der Befragten sehen ihren Alltag geprägt von Auseinandersetzungen mit Krankenkassen, MDK und Versicherungen. Nur andauernder Zeitdruck und Auseinandersetzungen mit KK/MDK/Versicherungen sind Aussagen, von denen leitende Ärzte ihre Arbeit stärker gekennzeichnet sehen als andere Ärzte. Interessant ist, dass selbst leitende Oberärzte noch eine recht hohe Neigung besitzen, ihren Vorgesetzten ungenügende Organisationsfähigkeit zu attestieren. Zusammen mit den Werten der Assistenzärzte deutet also einiges darauf hin, dass hier vor allem die Chefärzte gemeint sind. In größeren Häusern ist die Chance mit negativen Arbeitsbedingungen konfrontiert zu sein etwas höher als in kleineren Einheiten. Insbesondere Zeitdruck, störende Unterbrechungen, organisatorische Abstimmungsprobleme, unregelmäßige Arbeitszeiten, Organisationsmängel des Hauses und hohe Personalfuktuation prägen in Großkrankenhäusern stärker den Alltag als anderswo. Patienten/Angehörige werden in privaten Häusern häufiger als anstrengend wahrgenommen, wohingegen administrative Tätigkeiten dort seltener als problematisch betrachtet werden. In freigemeinnützigen Häusern wird mangelnder Schulung in Zeit- und Case-Management seltener begegnet als anderswo. 31 Prozent der befragten Ärzte sind häufig nicht in der Lage, ihr Arbeitspensum zu schaffen. Der bisher dominante erklärende Faktor Position wurde auch in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit, sich überfordert zu fühlen, getestet. Wie erwartet nimmt der Anteil derjenigen, die das Gefühl

43 Beziehung zwischen Kumuliertem Wert für negative Arbeitsbedingungen und zu hohem Arbeitspensum Korrelation nach Spearman 0,451 bei Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; Beziehung zwischen kumuliertem Wert für negative Arbeitsbedingungen und Wiederwahl des Arztberufes Korrelation nach Spearman 0,318 bei Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; Beziehung zwischen kumuliertem Wert für negative Arbeitsbedingungen, zu hohem Arbeitspensum und Wiederwahl des Arztberufes Korrelation nach Spearman 0,148 bei Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent.

haben, ihr Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß zu schaffen umgekehrt proportional zur Höhe ihres Dienstgrades zu (von 58 Prozent bis 75 Prozent). Diejenigen Ärzte, die häufig oder zumindest manchmal feststellen, dass sie ihr Arbeitspensum nicht oder nicht gemäß den Anforderungen schaffen (76 Prozent der Befragten), sind darüber hinaus gefragt worden, welche Ursachen zu Überforderungssituationen führen. Für 43 Prozent spielt der Konflikt Versorgungsqualität/Kostendruck hierbei eine starke Rolle. 41 Prozent sehen sich von überhöhten Erwartungen von Patienten und Angehörigen überfordert. Wiederum 36 Prozent sehen starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck als ursächlich an. Kompetenzmängel von Kollegen werden von 34 Prozent der Befragten angegeben. Überhöhte Erwartungen von Vorgesetzten spielen für 32 Prozent eine Rolle.

2.3 Berufliches Selbstverständnis

Das berufliche Selbstverständnis wurde bereits in der Analyse der Chefarztbefragungen 2003 (Klinke 2003a) explizit thematisiert. Deshalb wird hier kurz rekapituliert, welche Veränderungen im Bereich des beruflichen Selbstverständnisses und dem darin enthaltenden Arzt-Patient Verhältnis sich als Folge von Budgetierung und DRGs herausgebildet haben. Zusammenfassen kann gesagt werden, dass im Jahre 2005 sich die Tendenzen der 2003er Chefarztbefragung unter DRG Bedingungen fortgesetzt haben, und über alle Ebenen der ärztlichen Hierarchie hinweg vorzufinden sind. Leitende Ärzte sind aufgrund der zunehmenden Übernahme von Managementfunktion eher als andere Ärzte bereit, Versorgungsentscheidungen von Kosten-Nutzen Erwägungen abhängig zu machen. Im Einzelnen konnten folgende Tendenzen bestätigt werden:

- *Gegenüber 2003 ist die berufsethische Integration von gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen weiter Fortgeschritten und nicht nur auf Chefarzte beschränkt.*
- *Die DRGs befördern aufgrund der fallbezogenen Rechenhaftigkeit der Erlöse eine Orientierung des beruflichen Selbstverständnisses von Chefarzten an dem Berufsbild des Managers.*
- *Die Codierarbeit beeinflusst das Bewusstsein der behandelnden Ärzte, in dem ihnen das geldwerte Äquivalent von Versorgungsentscheidungen unmittelbar vor Augen geführt wird. Die Bereitschaft, medizinische Zumutbarkeit gedanklich in Beziehung zur DRG-Entgeltsituation zu setzen und in das Arzt-Patient Verhältnis zu integrieren, wächst.*
- *Die Wahrnehmung von Konflikten zwischen medizinischen und ökonomischen Handlungsimperativen hat sich verstärkt. Gelöst wird dieser Konflikt vermehrt über Versorgungsentscheidungen, die den Anspruch des Patienten auf eine bestmögliche Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen anhand von Kosten bzw. Erlöserwägungen relativieren.*

- *Die Tendenz, dass das berufliche Selbstverständnis von traditionell handwerklich orientierten Disziplinen sich widerspruchsfreier an DRG-Bedingungen adaptieren lässt, als konservative Disziplinen, hat sich in der 2005er Befragung bestätigt.*
- *Es ließen sich Hinweise dafür finden, dass die jeweilige ökonomische Position der eigenen Abteilung die Bereitschaft, betriebswirtschaftliche Kosten gegen medizinischen Nutzen abzuwägen und eine solche Modifikation des Arzt-Patient Verhältnisses in das berufliche Selbstverständnis zu integrieren, beeinflusst.*

Die meisten der für dieses Kapitel relevanten Fragen zum beruflichen Selbstverständnis werden zweifach gestellt: Als Frage nach normativen Einstellungen (Soll) und als Frage nach der realen Praxis der Versorgungsentscheidungen (Ist). Die Fragen nach der Praxis von Versorgungsentscheidungen reflektieren natürlich auch unmittelbar wichtige Aspekte der Versorgungsqualität. Sie werden jedoch schon an dieser Stelle und nicht erst im Kapitel zur Versorgungsqualität präsentiert, weil sich in ihnen übergeordnete Normen Deutungen reflektieren, die die ärztliche Praxis präformieren: Die konkrete Versorgungsentscheidung im Einzelfall findet immer im Rahmen von überindividuellen, mit dem beruflichen Selbstverständnis verknüpften handlungsleitenden Normen und Deutungen statt (vgl. Vogd 2004). Zu berücksichtigen ist, dass die Vorstellung von dem, wie man gerne handeln möchte (Soll) immer in einem gewissen Spannungsverhältnis zur eigenen Handlungspraxis (Ist) steht. Je größer dieser Konflikt – also die Differenz zwischen dem, wie man sich als Arzt verhalten möchte und dem wie man sich konkret verhält – desto mehr muss davon ausgegangen werden, dass neue Rahmungen und Deutungen das eigene Handeln beeinflussen, die die alten und grundsätzlich immer noch als richtig angesehenen Handlungsnormen (Soll) in Frage stellen. Somit kann diese Gegenüberstellung von Soll und Ist einen normativen bzw. *ordnungspolitischen* Wandel (Klinke 2005b) sichtbar werden lassen, bevor neue Deutungen und normative Leitbilder die alten ersetzt haben: Der befragte Arzt wünscht sich zwar noch einen Zustand ex ante (Soll), inkludiert aber bereits andere Handlungsmaximen in seine Praxis (Ist).

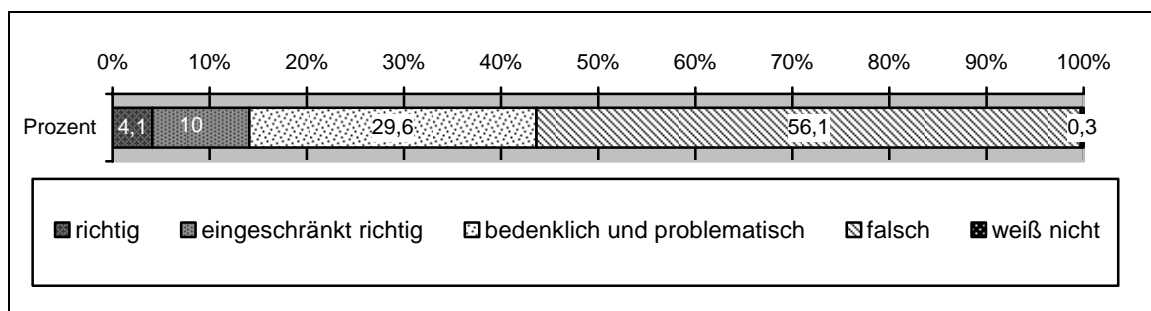
Inhaltlich liegt der Fokus in diesem Kapitel auf dem Spannungsverhältnis, dass zwischen dem Anreiz zu möglichst geringem Ressourcenverbrauch und der Handlungsnorm, alle medizinisch notwendigen Leistungen für den Patienten erbringen zu wollen, besteht. Dieser Anreiz entsteht durch Deckelung der Gesamtausgaben (Budgetierung) und Pauschalierung des Einzelfalls (DRG-Entgeltsystem). Die Handlungsnorm steht unter Druck, wie bereits 2003 und in den Fallstudien (Klinke 2003a; Buhr/Klinke 2006a, b) gezeigt werden konnte. Unter diesen Anreizbedingungen ist eine Versorgung auf qualitativ hohem Niveau ohne von dieser Handlungsnorm motivierte Ärzte und Pflegekräfte unwahrscheinlich. Deshalb ist es wichtig zu untersuchen, ob und wie sich derzeit Handlungsorientierungen von Ärzten verändern. Marktförmige Anreize und deren negative Auswirkungen auf Verteilung und Qualität werden normalerweise durch nachträgliche umfangreiche Regulation (Kontrollorgane) kompensierend aufgefangen. Für den medizinischen Bereich erscheint eine technische Regulation des Problems durch Aufbau einer umfangreichen Qualitätssicherung nur bedingt Erfolg versprechend, da das Vertrauen des Patienten in seinen Arzt als Anwalt seiner Interessen nicht zu ersetzen ist. Der Patient möchte einen Arzt, der ihn als Individuum betrachtet und von dem er erwarten kann, dass dieser im Zweifelsfall seine medizinischen Interessen über die wirtschaftlichen des Hauses stellt.

2.3.1 Einstellung zum Anreiz zur Leistungsbegrenzung (Soll)

Konflikte zwischen Versorgungsentscheidungen und Entgeltsituation treten voraussichtlich nur bei einer Minderheit von Patienten auf, es sei denn, die Mehrzahl der DRGs sind zu knapp kalkuliert, und/oder die Basisfallwerte sind insgesamt nicht kostendeckend. Diese These konnte bereits durch in der Auswertung der qualitativen Daten erhärtet werden (Buhr/Klinke 2006a, b). Wie verhalten sich Ärzte in diesen Fällen, in der sie vor der Entscheidung stehen, dem Patienten wirksame Leistungen vorzuenthalten oder aber den finanziellen Nachteil für ihr Haus und mittelbar für ihren Arbeitsplatz in Kauf zu nehmen?

Die Ärzte wurden gebeten, den Satz: "Aus Kostengründen muss man Patienten effektive Leistungen vorenthalten" (Soll) zu bewerten (Abbildung 27). Ohne Einschränkung als "falsch" lehnen 56 Prozent der Ärzte diese Aussage ab. 30 Prozent halten sie zumindest für "bedenklich und problematisch". Nur 4 Prozent der Ärzte finden sie ohne Abstriche "richtig", 10 Prozent bewerten sie mit "eingeschränkt richtig". 14 Prozent stimmen also – zumindest abgestuft – der Rationierung aus Rentabilitätsabwägungen zu.

Abbildung 27: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten") in % (n=1275*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Den Ärzten wurde außerdem die normative Aussage vorgelegt: "Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen" (Soll). Dieser Satz entspricht:

- Dem beruflichen Selbstverständnis (vgl. MBO-Ä 1997; Klinke 2003a, 112), wonach Ärzte im Rahmen der Therapiefreiheit (Vogel 1994) autonom entscheiden und dabei ökonomische und gesellschaftliche Aspekte nicht beachten, sondern sich voll und ganz auf das Arzt-Patientenverhältnis konzentrieren können.
- Der derzeit vorherrschenden Patientenerwartung (Braun/Müller 2003, 2006).
- Dem sozialrechtlichen Leistungsanspruch der Patienten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB V), wonach die Leistungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ (§12,1 SGB V) sein sollen. Das qualitative Leistungsniveau soll „dem allgemein aner-

kannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ entsprechen „und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen“ (§2, 1 SGB V). Es soll also das wissenschaftlich Mögliche angestrebt, jedoch "das Maß des Notwendigen" nicht überschritten werden.

Das bestmögliche Versorgungsniveau soll also mit möglichst geringem Ressourceneinsatz erreicht und die Patienten von überflüssigen und schädlichen Leistungen verschont werden.⁴⁴ Der diesen Normen implizite Begriff von Wirtschaftlichkeit ist "material rational" (Weber 1964, 60), d. h. ökonomisches Handeln orientiert sich an einem ethisch definierten, politisch gesetzten oder vertraglich vereinbarten qualitativen Ziel. Im Unterschied dazu sind monetär definierte Ziele (Einhaltung eines Budgets oder einer Pauschale, Gewinn usw.) "formal rational" im Sinne einer "Rechenhaftigkeit", deren Ideal die Reduzierung aller Qualitäten auf Geld ist (Weber 1964, 60). Die im SGB V kodifizierte Wirtschaftlichkeit kann als Ergänzung der eigentlichen Ziele aufgefasst werden. Sie steht in einem untergeordneten Verhältnis zum primären Ziel der bedarfsgerechten Versorgung, nämlich dem Primat des medizinisch Notwendigen. Wie bereits im Rahmen der Chefärztebefragung von 2003 ausgeführt wurde, ist das Wirtschaftlichkeitsgebot jedoch im Zuge der Reformgesetzgebung durch das Gebot der Beitragssatzstabilität ergänzt und konkretisiert worden (Klinke 2003a). Obwohl der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs. 2 Satz 2 SGB V) als „Abwägungsgebot“ (Bieback 1993, 205) formuliert wurde, dem vor allem der Grundsatz der ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung (§§ 2, 12, 70 SGB V, 17 Abs. 1 KHG) gegenüber steht, besteht dennoch die Gefahr, dass „die Aufsicht“⁴⁵ die eigene Abwägungskompetenz der Vertragspartner nicht hinreichend beachtet und sich nicht auf die Einhaltung bestimmter Argumentations- und Begründungspflichten beschränkt“ (Bieback 1993, 205). Speziell die Einführung von harten Budgets⁴⁶ führte zu einer Abkehr vom bis dato gültigen Bedarfsprinzip im Gesundheitswesen, hin zu einem Primat der Beitragssatzstabilität als Notwendigkeit volkswirtschaftlicher Erfordernisse.⁴⁷

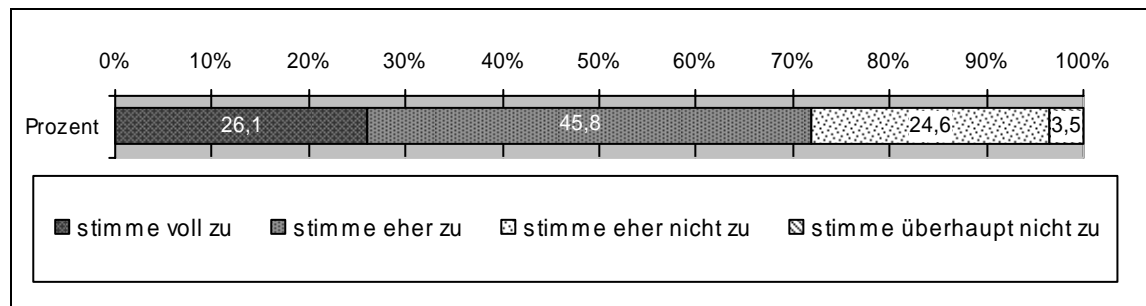
44 Die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre haben zu zahlreichen Einfügungen in das SGB V geführt, die erkennen lassen, dass der Gesetzgeber bemüht ist, diese Leistungsansprüche der Versicherten in Richtung eines Abwägungsgebots zwischen Kosten und Nutzen medizinischer Leistungen für die Leistungserbringer und Kostenträger umzudeuten (Klinke 2005a).

45 „Aufsicht“ meint die Kontroll- und Eingriffsbefugnisse ("staatliche Ersatzvornahme", Bieback 1993, 205) des BMG und der entsprechenden Landesbehörden gegenüber der Selbstverwaltung.

46 Der Begriff „harte Budgets“ bezeichnet die verbindliche Festschreibung bestimmter Ausgabengrößen ohne oder mit nur geringem Spielraum für Ausnahmeregelungen (Bieback 1993, 205), während mit dem Begriff „weiche Budgets“ die Bestimmung von Ausgabenzielgrößen gemeint ist, für deren Überschreitung mehr oder weniger zahlreiche Ausnahmeregelungen existieren.

47 Heinz Rothgang hat in diesem Zusammenhang die Formulierung „vom Bedarfs- zum Budgetprinzip“ entwickelt (Rothgang 1996). Diese Hypothese kann mittelbar in den Kontext der von anderen Autoren allgemeiner gefassten These einer „Ökonomisierung der Politik“ gestellt werden (Blanke/Kania 1996).

Abbildung 28: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll ("Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen") in % (n=1276*)



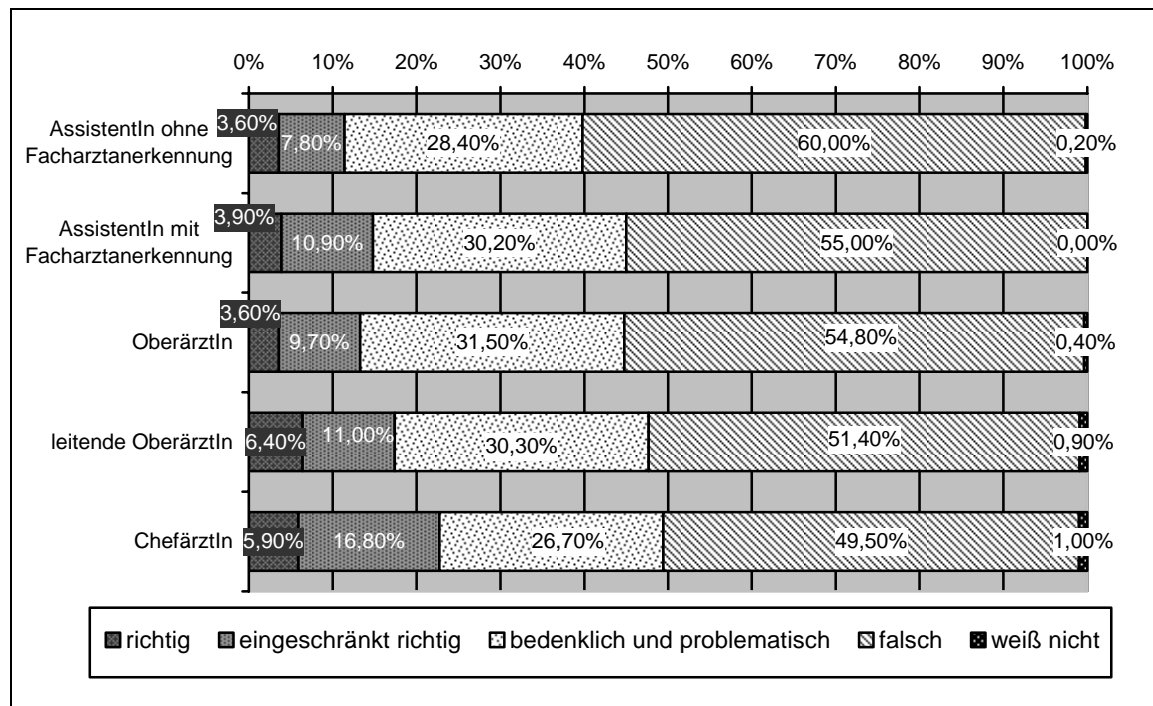
* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Der Aussage, es müsse alles gesundheitlich Notwendige getan werden stimmen nur 26 Prozent "voll" zu. 46 Prozent stimmen "eher" zu, was insgesamt immerhin 72 Prozent Zustimmung bedeutet. Verglichen mit der Rationierungsfrage, die spiegelbildlich identisch ist, wird die entschiedene Ablehnung von Rationierung statt von 56 Prozent, nur von 26 Prozent der Krankenhausärzte vertreten (Abbildung 28). Hingegen wird die relativierende Zustimmung weit häufiger (46 Prozent gegenüber 30 Prozent) geäußert, was auf größere Unsicherheit schließen lässt. Es fällt auf, dass der Anteil relativierender, abgeschwächter oder unverbindlicherer Antwortmöglichkeiten ("eingeschränkt richtig", "eher falsch", "problematisch" usw.) ungewöhnlich hoch ist, wenn die Entscheidungen zwischen dem Primat des Versorgungsanspruchs oder des betriebswirtschaftlichen Vorteils kalküls angesprochen werden. Das deutet auf eine Situation hin, in der die herkömmlichen Normen in Frage stehen, aber neue noch keine vollständige Gültigkeit erlangt haben bzw. man unsicher ist, ob man sich zu ihnen bekennen soll. Unsicherheit in Fragen, die das berufliche Selbstverständnis berühren und alltäglich immer wieder auftauchen, dürfte ein belastender Faktor und somit auch ein Grund für die zuvor geschilderte Arbeitsunzufriedenheit sein.

Vor dem Hintergrund der derzeit gesellschaftlich vorherrschenden Knappheitsthese⁴⁸, ist es erstaunlich, dass auf der normativen Ebene der Meinungsäußerung eine Mehrheit zwischen 86 Prozent und 72 Prozent die 'traditionellen' Werte teilt. Dies konnte nicht unbedingt erwartet werden. Andererseits deuten die hohen Anteile eingeschränkter Zustimmung von 45 Prozent und 30 Prozent der Ärzte auf einen Erosionsprozess hin.

48 Nachdem sich der von Heiner Geißler 1974 geprägte Terminus „Kostenexplosion“ zur Beschreibung bezüglich der Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen in weiten Kreisen der Politik durchsetzt (Bontrop 1999, 84f), ist man sich einig, als Grundlage und Ziel künftiger Gesundheitspolitik eine einnahmeorientierte Ausgabensteuerung verfolgen zu wollen. Von dieser Grundsatzentscheidung wurde bis heute nicht wieder abgewichen.

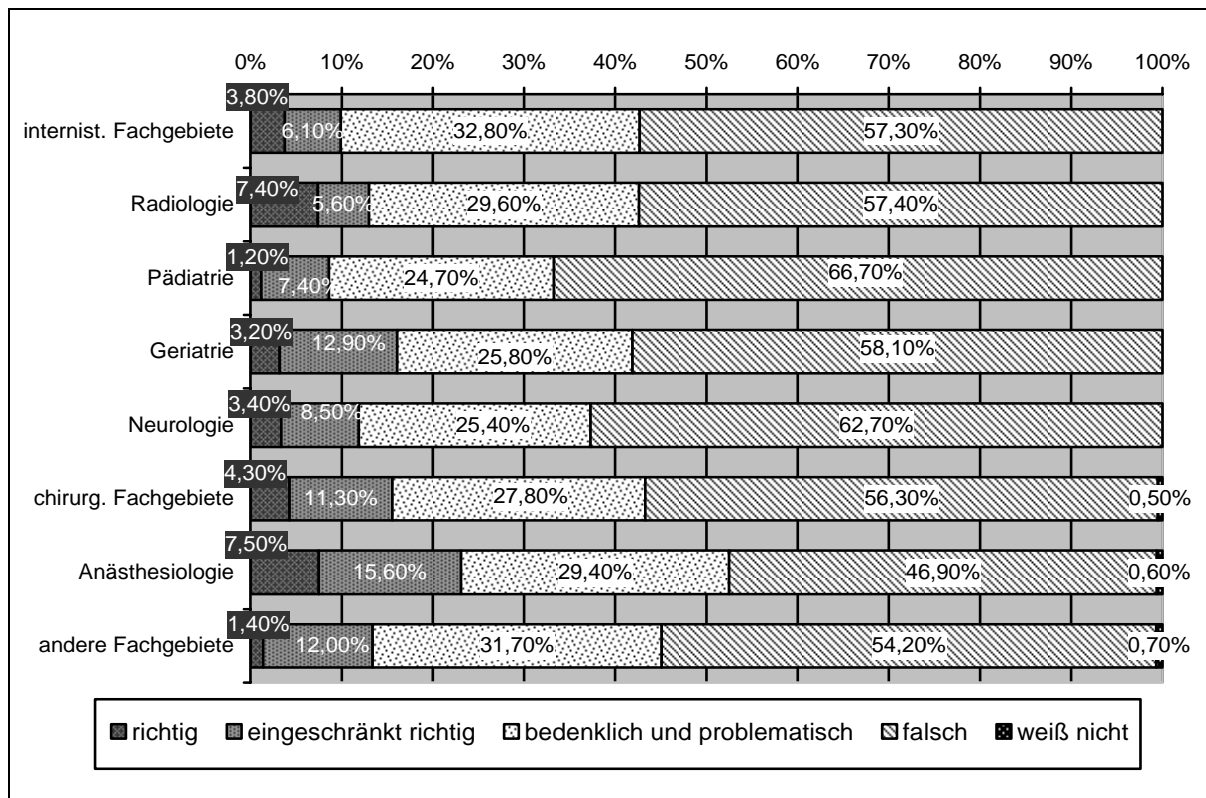
Abbildung 29: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten") in %, nach beruflicher Position (n=1275*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Ärzte stimmen einer Rationierung aus wirtschaftlichen Gründen tendenziell umso mehr zu, je höher ihr beruflichen Status ist (Abbildung 29): 11 Prozent der Assistenzärzte ohne Facharztanerkennung, 15 Prozent der Ärzte mit Facharztanerkennung, 13 Prozent der Oberärzte, 17 Prozent der leitenden Oberärzte sowie 23 Prozent der Chefärzte halten Rationierung für gerechtfertigt. Hypothetisch kann formuliert werden: Je höher der berufliche Status eines Krankenhausarztes ist, desto mehr Jahre hat er im Schnitt in der Organisation verbracht, desto mehr hat er sich tendenziell ihren Normen angepasst, da er seinen Lebensweg mit dem der Institution über die Jahre immer stärker verknüpft hat. Auch darf man annehmen, dass der persönliche Kontakt zu den individuellen Patienten mit jeder Hierarchiestufe geringer wird. Es kann unterstellt werden, dass die Bereitschaft für den Patienten Verantwortung zu übernehmen, mit wachsender Distanz zu ihm abnimmt und die Funktionslogiken und Erfordernisse der Organisation an Bedeutung zunehmen. Das nur 13 Prozent der Oberärzte Rationierung befürworten deckt sich in diesem Zusammenhang mit der Analyse der Arbeitsbedingungen, die gezeigt hat dass diese einen besonders hohen Anteil ihrer Arbeitszeit mit patientenbezogenen Tätigkeiten verbringen (vgl. Kapitel 2.2.2).

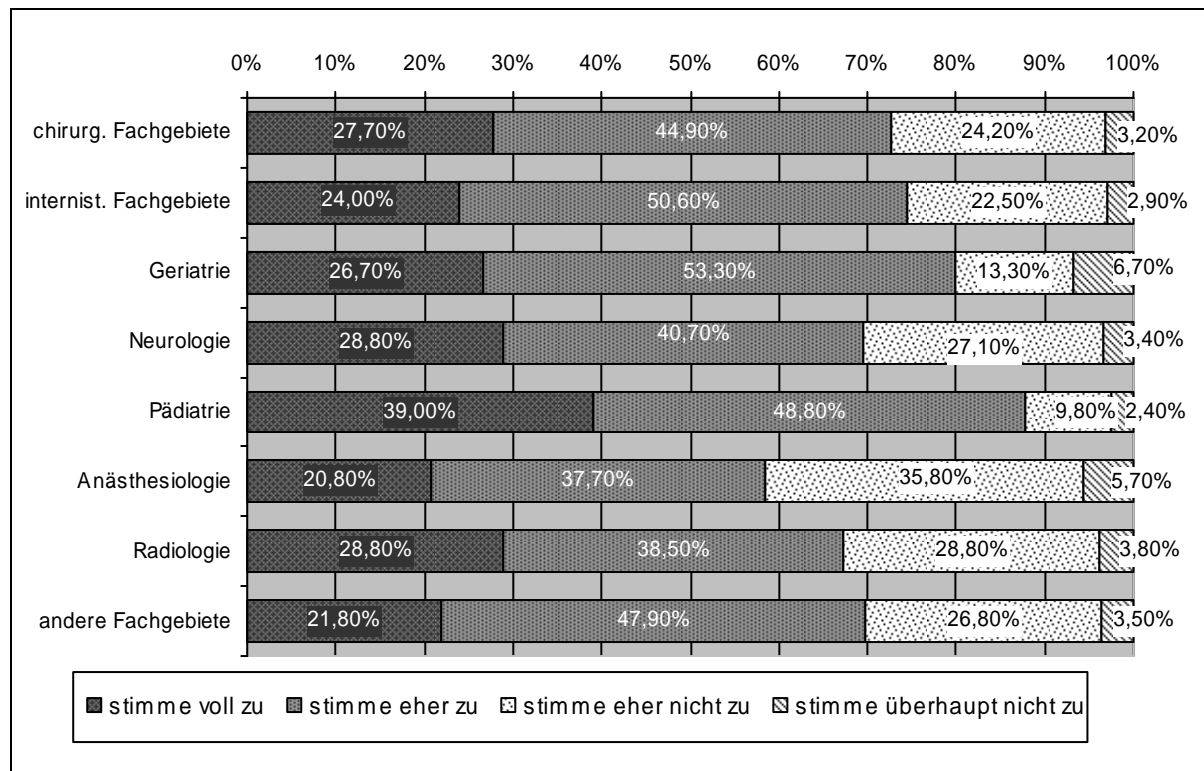
Abbildung 30: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten") in %, nach Fachgebiet (n=1275*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Auch die Verteilung von Befürwortung und Ablehnung der Rationierung je nach Fachgebiet unterstreicht die Bedeutung von Distanz zur Person des Patienten für das berufliche Selbstverständnis (Abbildung 30): Während 14 Prozent aller Krankenhausärzte Rationierung befürworten, sind es unter den Anästhesiologen sogar 23 Prozent. Kinderärzte befürworten demgegenüber die Vorenthaltung effektiver Leistungen zu 9 Prozent, die Internisten zu 10 Prozent und die Chirurgen zu 16 Prozent. Hier dürfte Art der Nähe zum Patienten eine Rolle spielen: Je mehr der Patient Objekt der Behandlung ist (Narkose, OP), desto geringer ist das Verantwortungsgefühl dem unbekannten Subjekt gegenüber und umgekehrt (Patientengespräch, konservative Medizin). Das zeigt sich auch bei der uneingeschränkten Ablehnung der Rationierung: Sie ist bei den Anästhesiologen mit 47 Prozent am geringsten und bei den Kinderärzten mit 67 Prozent am höchsten.

Abbildung 31: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll ("Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen") in %, nach Fachgebiet (n=1271*)

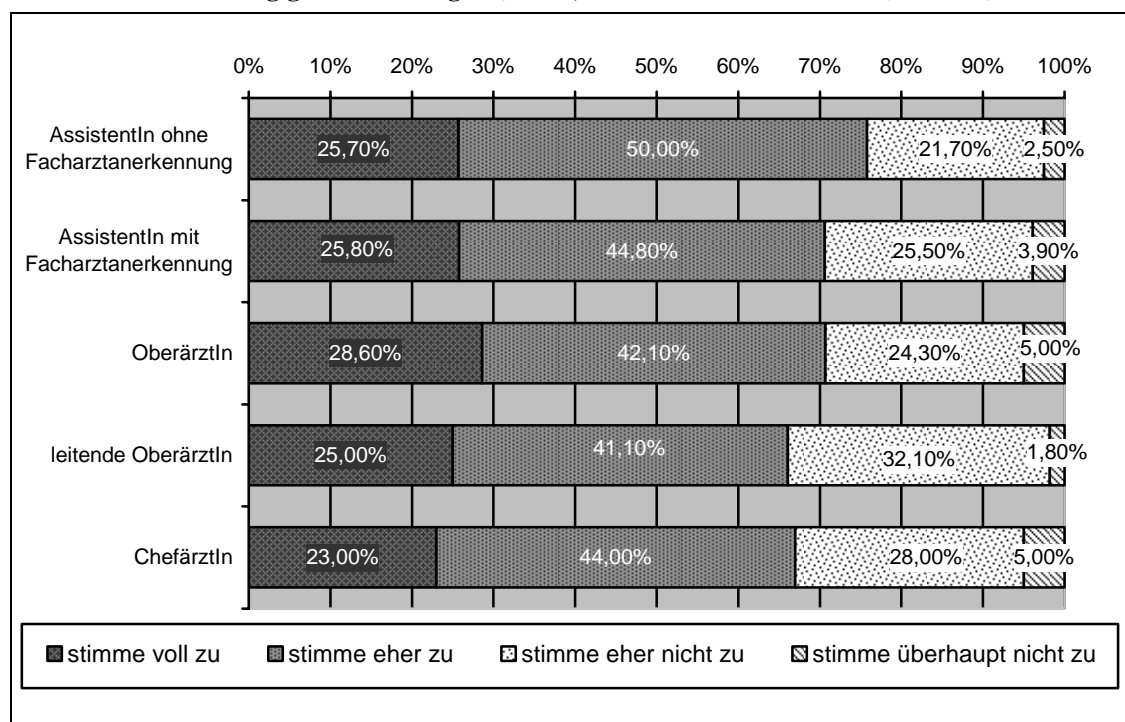


*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Wenn die Befragten dem Satz "Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen" (Soll) ablehnen, dann stimmen sie implizit einer Rationierung aus wirtschaftlichen Gründen zu. Die Abbildung 31 zeigt, dass auch hier nur 12 Prozent der Kinderärzte den Vorrang des medizinisch Notwendigen ablehnen, während dies die Anästhesiologen zu 41 Prozent tun. Den zweitgeringsten Ablehnungswert weisen die Geriater mit 20 Prozent auf.

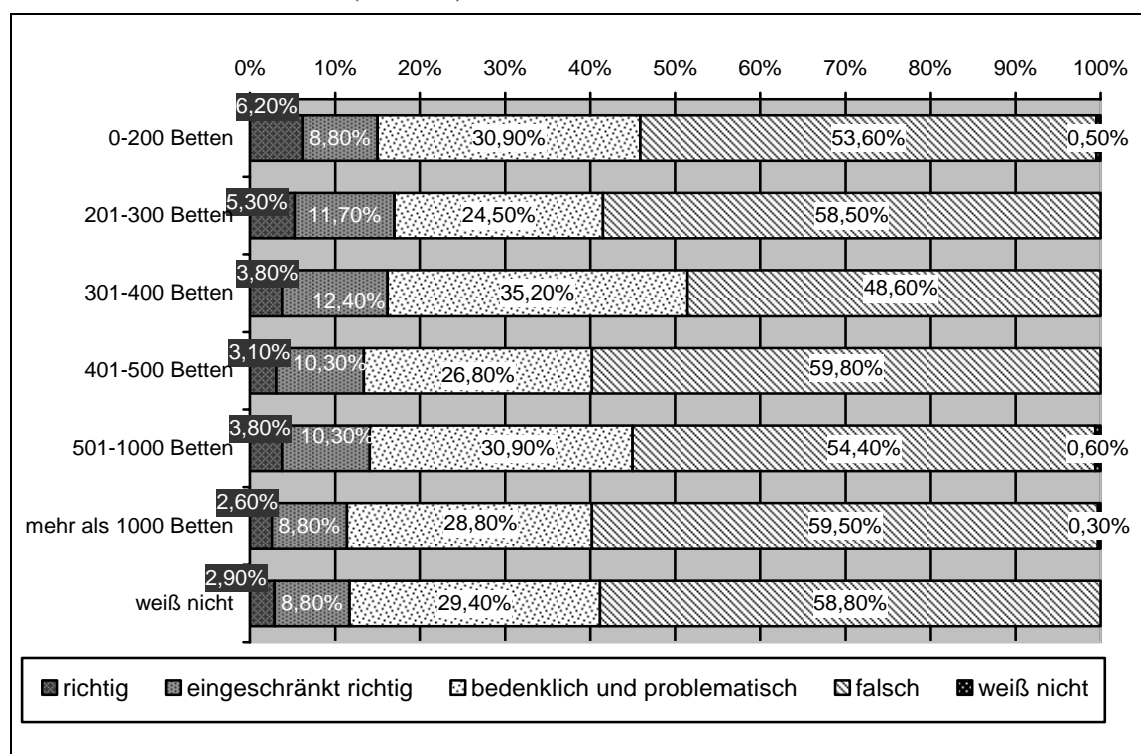
Aus Abbildung 32 ist ersichtlich, dass auch zwischen materialem Wirtschaftlichkeitsverständnis (Primat des medizinisch Notwendigen -Soll) und der beruflichen Position eine Beziehung besteht. Diese ist aber nicht über alle Statusgruppen hinweg linear verteilt. Der Unterschied zwischen einerseits den Chefärzten (33 Prozent Ablehnung) bzw. leitenden Oberärzten (34 Prozent Ablehnung) und andererseits den Assistenz-, Fach- und Oberärzten (24 Prozent / 29 Prozent / 29 Prozent Ablehnung) verhält sich analog zu zur Rationierungsfrage (vgl. Abbildung 29).

Abbildung 32: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll ("Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen") in %, nach beruflicher Position (n=1276*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Abbildung 33: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten") in %, nach Größe des Krankenhauses (n=1264*)



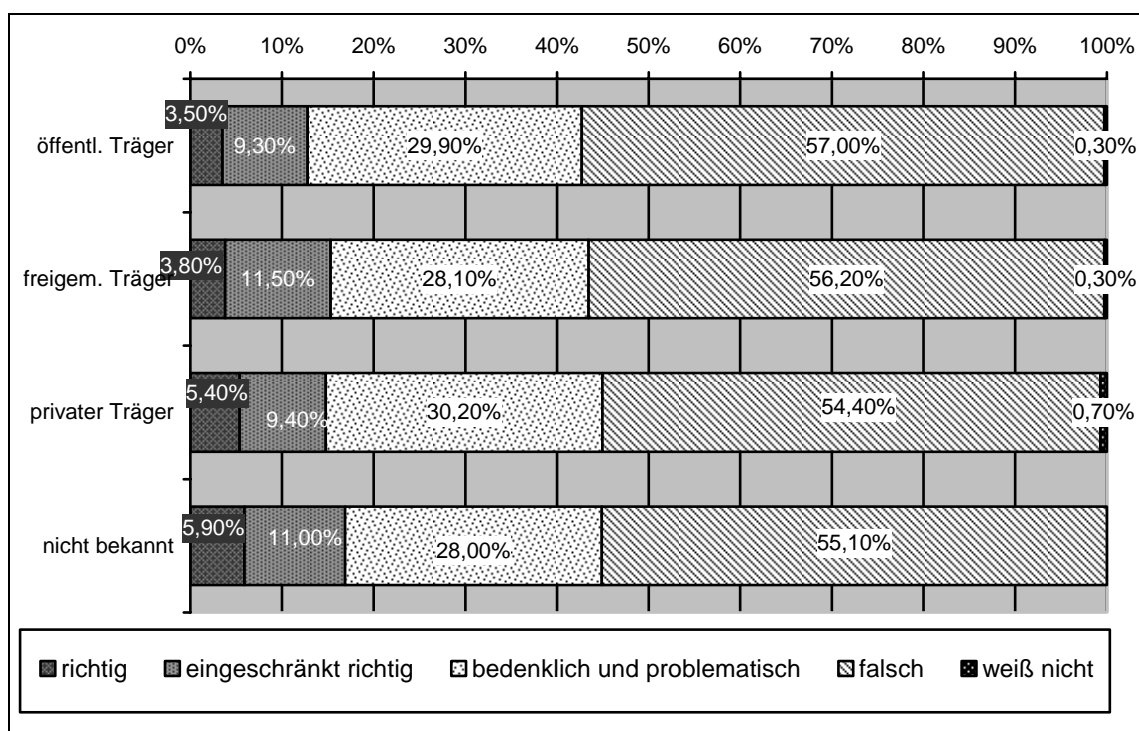
* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Größe des Hauses hat auf die Einstellungen zu den unterschiedlichen Wirtschaftlichkeitsorientierungen keinen signifikanten Einfluss (Abbildung 33). Was allerdings auffällt, ist dass in den sehr großen Häusern, die Zustimmung zur Rationierung aus betriebswirtschaftlichen Gründen mit 11 Prozent erheblich geringer ist als in den kleinen Häusern mit zwischen 200 und 400 Betten. Dies deckt sich mit Befunden aus den qualitativen Interviews, da die Versorgungsfunktion kleinerer und mittlerer Einheiten (Grund-/Regelversorgung) es den behandelnden Ärzten bei schwierigen und teuren Patienten ermöglicht, diese an die nächsthöhere Versorgungsstufe (z.B. Universitätsklinik) zu delegieren, ohne sich dem Gefühl aussetzen zu müssen, dass dem Patienten endgültig eine Leistung verweigert wurde (Buhr/Klinke 2006a, b). Auch in der Frage nach dem Primat der medizinischen Notwendigkeit vor der Wirtschaftlichkeit zeigen sich keine signifikanten Zusammenhänge mit der Bettenzahl.

Abbildung 34 und Abbildung 35 zeigen die Verteilung der Einstellungen zur Rationierung im Zusammenhang mit der Trägerschaft des Krankenhauses. Die Unterschiede zu diesen doch recht zentralen Fragen sind nicht sehr ausgeprägt und statistisch nicht signifikant. Es gibt einige Anzeichen dafür, dass die Geringfügigkeit der Unterschiede auch durch die Befragung selbst mit verursacht worden ist. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren Trägerschaften und Rechtsformen im Umbruch befindlich (s.o.). Bei den Interviews zu den Fallstudien stellte sich heraus, dass manchen Ärzten diese Entwicklung auch in ihrem eigenen Bereich oft nicht transparent war. Andere arbeiten in Häusern, die z. B mit je unterschiedlicher Rechtsform oder Trägerschaft einer gemeinsamen Holding angehörten. In wieder anderen Häusern wurde die Rechtsform von einem Kommunalbetrieb in eine gGmbH verändert. Ein Teil der Ärzte nahm das als 'Privatisierung' wahr, während ein anderer Teil die weiterhin kommunale Trägerschaft als relevant ansah. Da wir die entsprechenden Fragen für die zweite Erhebungswelle differenzierter und übersichtlicher gestaltet haben, dürfte das zu zuverlässigeren Ergebnissen führen.

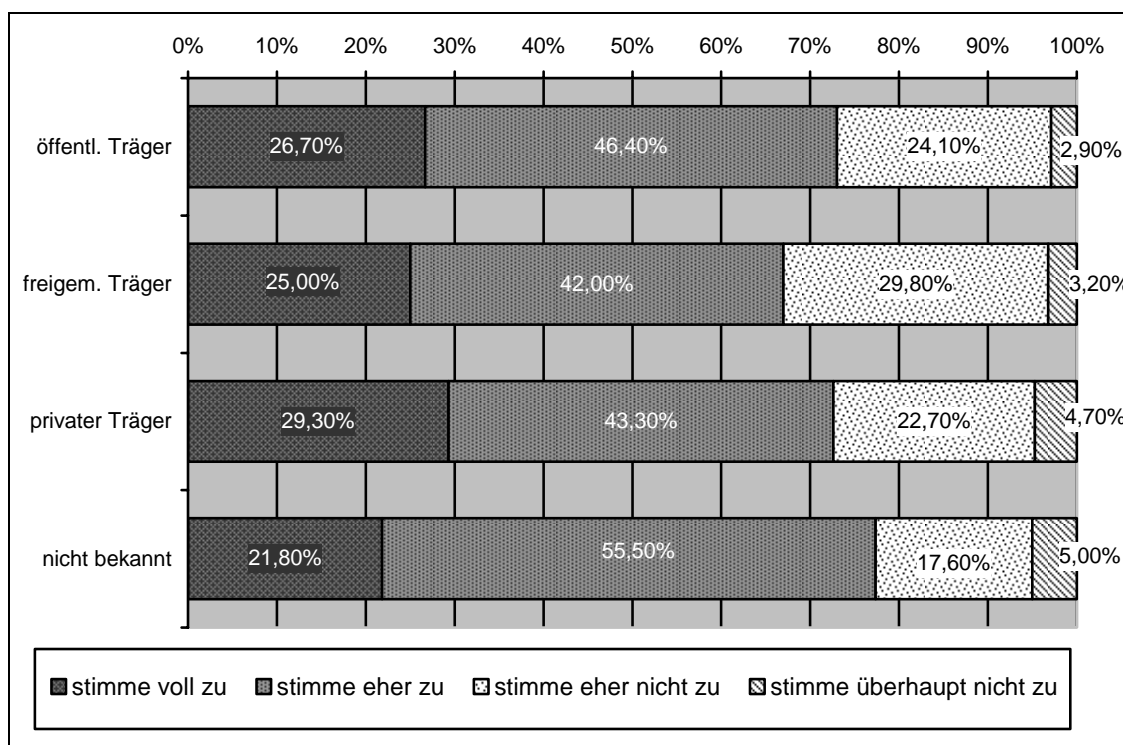
Der Rationierung notwendiger medizinischer Leistungen aus wirtschaftlichen Gründen (Soll) stimmen 13 Prozent der Ärzte in Häusern öffentlicher Trägerschaft, 15 Prozent der Ärzte in privaten Krankenhäusern sowie 15 Prozent der Ärzte in Häusern gemeinnütziger Träger zu (Abbildung 34). Ein Primat des medizinisch Notwendigen (Soll) wird bereits von 27 Prozent der Ärzte in öffentlichen Häusern und 27 Prozent ihrer Kollegen in Häusern privatwirtschaftlicher Träger abgelehnt, während in gemeinnützigen Häusern sogar 33 Prozent der Ärzte den Vorrang des medizinisch Notwendigen ablehnen (Abbildung 35). Die uneingeschränkte Zustimmung zum Primat des medizinisch Notwendigen ist - auch das würde man nicht ohne weiteres erwarten - bei den Ärzten in Häusern privater Träger am höchsten (29 Prozent) und in Häusern gemeinnütziger Träger am geringsten (25 Prozent).

Abbildung 34: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten") in %, nach Träger (n=1266*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Abbildung 35: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll ("Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen") in %, nach Trägerschaft (n=1267*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

2.3.2 Einschätzung der Praxis

Den Fragen zur normativen Orientierung der Ärzte kann nun ihre Einschätzung zur entsprechenden Realität im eigenen Erfahrungsbereich gegenübergestellt werden. Die Befragten mussten bewerten, ob die Aussage "Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung" mit ihrer Erfahrung übereinstimmt (Tabelle 16). Damit ist nicht gemeint, dass Kostenerwägungen keine Rolle spielen, sondern dass sie nachrangig berücksichtigt werden.⁴⁹ Das entspricht dem impliziten Wirtschaftlichkeitsbegriff des SGB V: Ein medizinisches Ziel wird definiert und soll mit möglichst geringem Aufwand erreicht werden (s.o.).

Tabelle 16: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Ist ("Jedem Patienten stehen die besten Experten, Präparate und Geräte zur Verfügung") in % (n=1274)

		Anzahl	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft voll zu	218	17,0	17,1	17,1
	trifft eher zu	704	54,8	55,3	72,4
	trifft eher nicht zu	316	24,6	24,8	97,2
	trifft gar nicht zu	36	2,8	2,8	100,0
	gesamt	1274	99,2	100,0	
fehlend	-1	1	,1		
	0	9	,7		
	gesamt	10	,8		
gesamt		1284	100,0		

*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Während für 26 Prozent der befragten Ärzte einem Primat medizinischer Notwendigkeit (Soll) "voll" zustimmen (vgl. Abbildung 28), betrachten nur 17 Prozent diese Norm als in ihrem Erfahrungsbereich "voll" erfüllt. Während 86 Prozent der Krankenhausärzte mehr oder weniger deutlich die Rationierung effektiver Leistung aus Kostengründen (Soll) ablehnen (vgl. Abbildung 27), wird die Nachrangigkeit des Kostenkalküls hinter der medizinischen Notwendigkeit nur von 17 Prozent in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. 55 Prozent meinen einschränkend, eine Nachrangigkeit des Kostenkriteriums treffe für ihre Abteilung oder Klinik "eher zu". Für den Erfahrungsbereich von drei Prozent der befragten Ärzte stimmt das "gar nicht", und für 25 Prozent trifft dieser Umstands "eher nicht" zu.

49 So wurde das Verständnis in einer Fokusgruppe und bei Referenzpersonen ermittelt.

Tabelle 17: Abwägung von Wirtschaftlichkeit mit medizinischer Notwendigkeit – Ist ("Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen") in % (n=1274*)

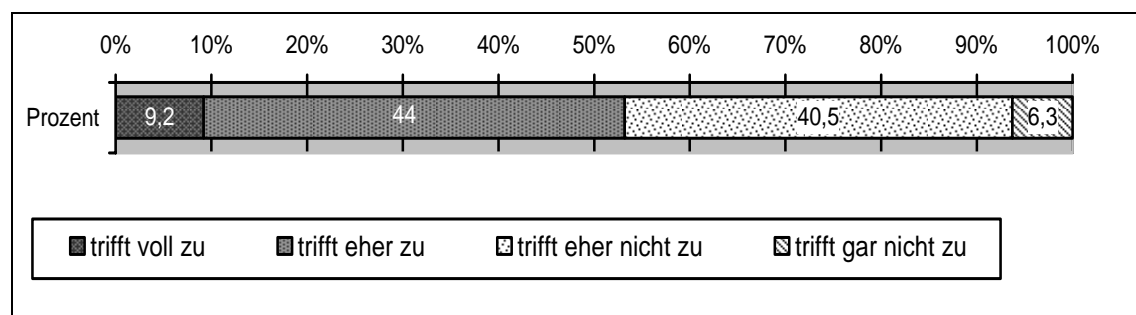
		Anzahl	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft voll zu	158	12,3	12,4	12,4
	trifft eher zu	705	54,9	55,3	67,7
	trifft eher nicht zu	365	28,4	28,6	96,4
	trifft gar nicht zu	46	3,6	3,6	100,0
	gesamt	1274	99,2	100,0	
fehlend	0	10	,8		
gesamt		1284	100,0		

*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Tabelle 17 zeigt, dass die meisten Ärzte in einer Realität arbeiten, in der die medizinische Notwendigkeit anhand von Kostenerwägungen relativiert wird: Nur vier Prozent schließen eine Abwägung aus, und 12 Prozent sehen eine Abwägung als Regelfall („trifft voll zu“) an. Es überwiegen die eingeschränkten Einschätzungen (84 Prozent).

Deutlicher wird das Spannungsverhältnis zwischen den normativen Einstellungen (Soll) und der realen Praxis der Leistungserbringung (Ist) an der Rationierungsfrage sichtbar (Abbildung 27 im Vergleich zu Abbildung 36): Während insgesamt 86 Prozent der Ärzte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Abwesenheit von Rationierung nur von neun Prozent in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Anders ausgedrückt arbeiten nur 16 Prozent der Ärzte, die eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen normativ voll ablehnen, in einem Kontext, in dem das nach ihrer Einschätzung tatsächlich auch der Fall ist.⁵⁰ Ein großer Teil der Krankenhausärzte arbeitet also in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Das fällt besonders deshalb ins Gewicht, weil es sich hier um eine weitgehend selbst gestaltete Realität handelt, denn ob im Konfliktfall dem Kostenkalkül oder der medizinischen Notwendigkeit Vorrang eingeräumt wird, ist ja Resultat von ärztlichen Entscheidungen.

Abbildung 36: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist ("Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten") in % (n=1273)

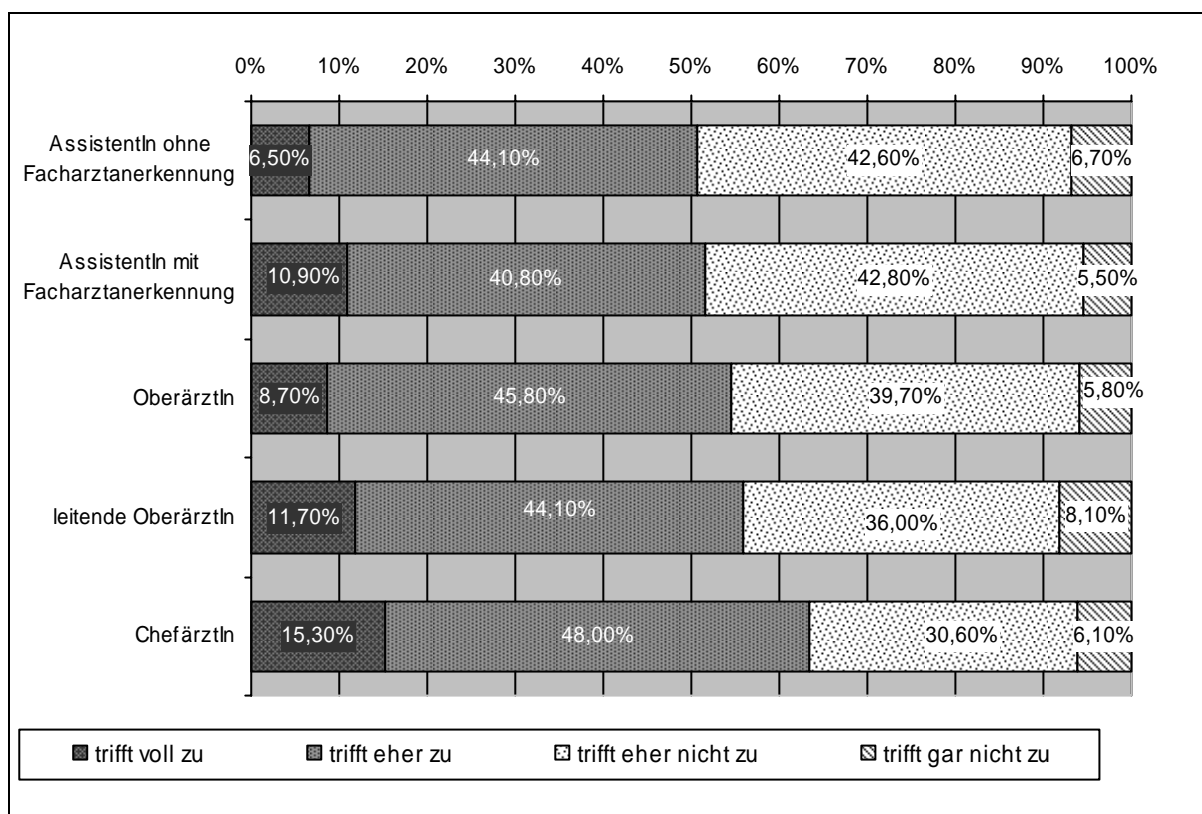


*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

50 715 der befragten Ärzte lehnen eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen vollständig ab, aber nur 117 Ärzte sehen diesen Anspruch in ihrer Praxis als gegeben an (vgl. Frage 19 und Frage 21 in Klinke/Kühn 2006).

Die Ärzte schätzen die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen in ihrem eigenen Erfahrungsbereich in Abhängigkeit von ihrem beruflichen Status signifikant unterschiedlich ein (Abbildung 37). Je höher der Status, desto positiver wird die Realität eingeschätzt: 16 Prozent der Chefarzte sehen die Abwesenheit von Rationierung als "voll" und weitere 48 Prozent als "eher" gewährleistet an (zusammen 63 Prozent). Von den Assistenzärzten ohne Facharztanerkennung sehen nur sieben Prozent das Prinzip als "voll" und weitere 44 Prozent als "eher" realisiert an (zusammen 51 Prozent). Umgekehrt ist für 49 Prozent der Assistenzärzte eine kostenunabhängige Versorgung in ihrem Erfahrungsbereich "gar nicht" oder "eher nicht" umgesetzt. Die Chefarzte sehen das nur zu 38 Prozent so.

Abbildung 37: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist ("Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten") in %, nach beruflicher Position (n=1273*)

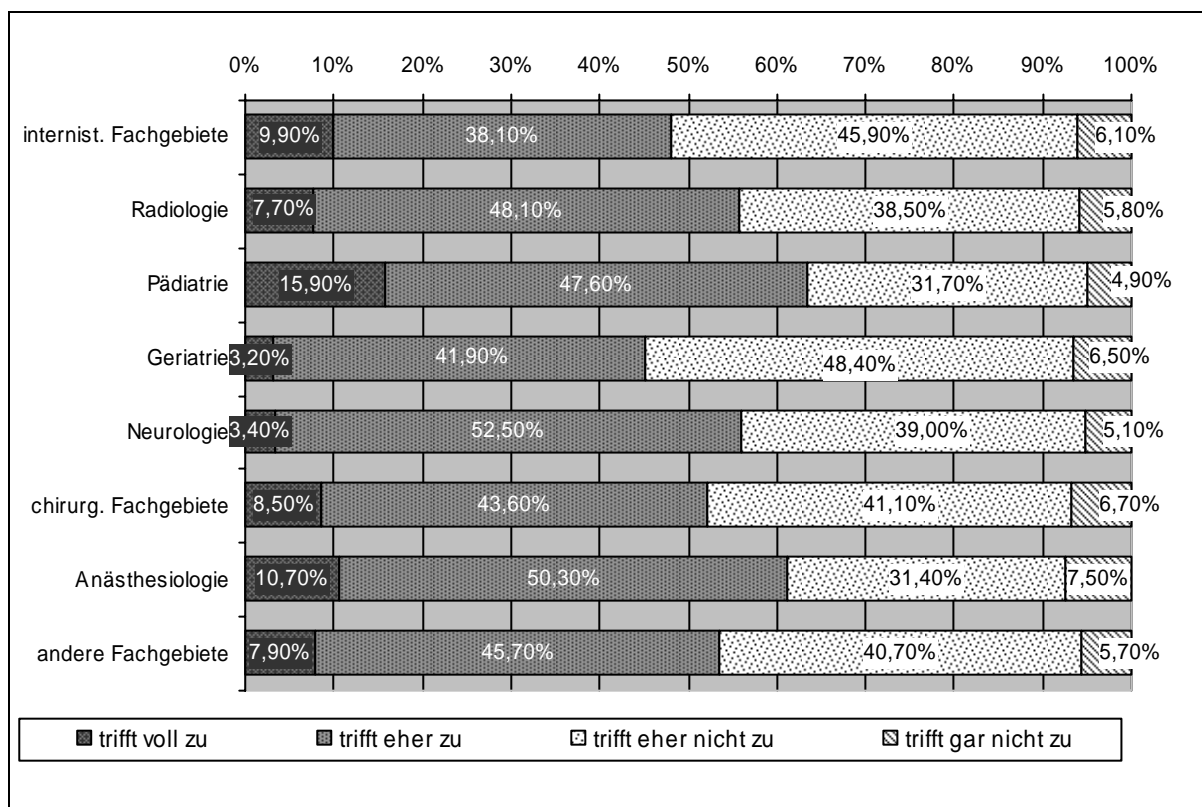


*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Praxis der Leistungserbringung wird von den Ärzten auch je nach Fachgebiet unterschiedlich eingeschätzt (Abbildung 38). Bemerkenswert sind die insgesamt geringen Anteile der Ärzte, die eine kostenunabhängige Versorgung verwirklicht finden. Den niedrigsten Wert findet man in der Geriatrie, wo nur drei Prozent der Ärzte eine solche Versorgung uneingeschränkt als Realität ansieht, 55 Prozent meinen, dieses Prinzip sei nicht (sieben Prozent) oder "eher nicht" (48 Prozent) eingelöst. Auch die Internisten, die zu 75 Prozent der Vorrangigkeit des medizinisch Notwendigen zustimmen (vgl. Abbildung 31), sehen das nur zu 48 Prozent als realisiert an.

Interessanterweise beurteilen die Ärzte der beiden Fächer, die sich normativ am meisten unterscheiden, nämlich die Pädiater und Anästhesiologen, den Ist-Zustand in ihrem jeweiligen Erfahrungsbereich am positivsten. Während insgesamt 59 Prozent der Anästhesiologen normativ dem Vorrang des medizinisch Notwendigen voll und eher zustimmen (vgl. Abbildung 31), sehen 61 Prozent dies auch als gewährleistet an. Von den Kinderärzten stimmen 88 Prozent diesem Prinzip zu (Abbildung 31). 63 Prozent halten es in ihrem Bereich auch mehr oder weniger für gegeben. Die Deutung ist schwierig, da sich normative Haltung und Wahrnehmung der Praxis wechselseitig beeinflussen können. Aus den qualitativen Befunden bietet sich zumindest im Hinblick auf die Kinderärzte die Deutung an, dass dort weiterhin ein Arbeitsumfeld gegeben scheint, dass eine weitgehende Übereinstimmung von Norm und Handlung ermöglicht (z.B. greifen dort die AEP-Kriterien noch nicht, vgl. Buhr/Klinke 2006a, b). Für die Anästhesiologen, die normativ vergleichsweise geringe Ansprüche an ihre Praxis stellen, können sich tendenziell auch nicht so leicht in einem Konflikt befinden, während die Kinderärzte ihren hohen Anspruch mehr als die anderen zwar realisieren, zugleich aber immer noch ein größeres Defizit gegenüber ihrem Anspruch wahrnehmen. Solche Zusammenhänge dürften auch bei den Geriatern und Internisten eine Rolle spielen.

Abbildung 38: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist ("Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten") in %, nach Fachgebiet (n=1268*)



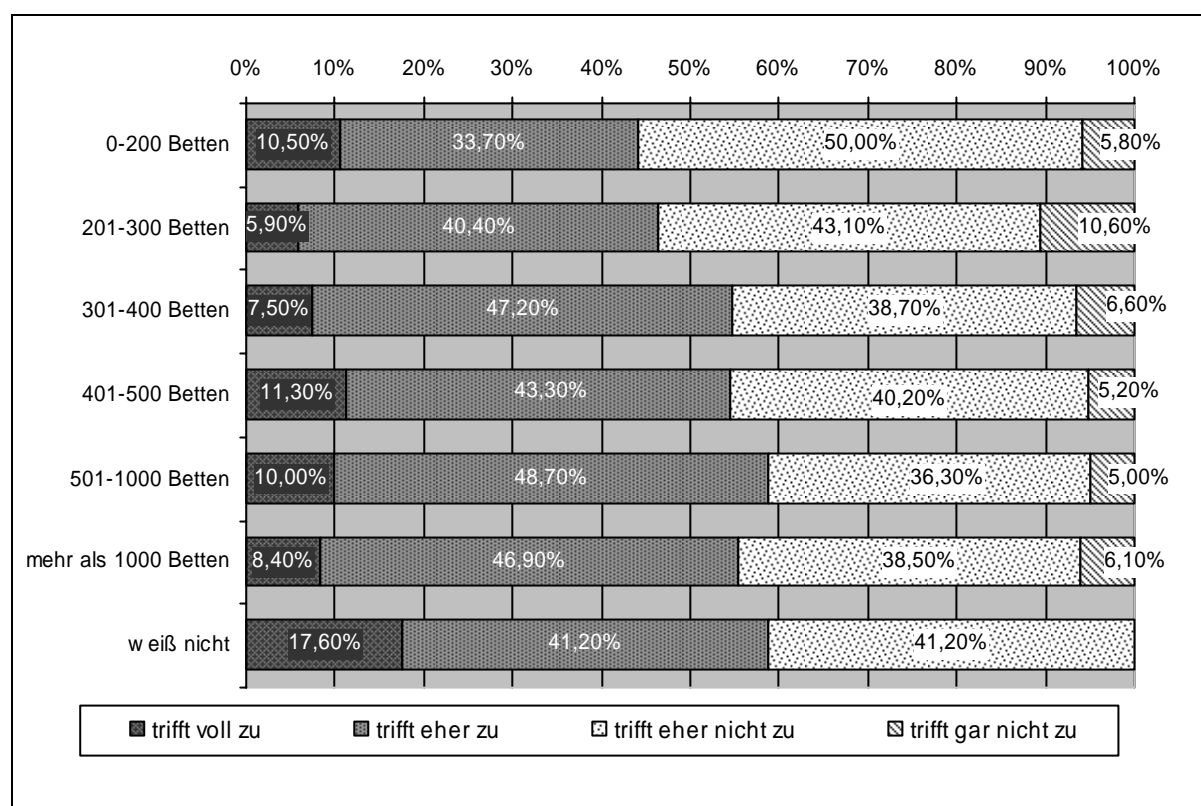
*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen wird je nach Größe des Hauses unterschiedlich eingeschätzt (Abbildung 39). Von den Ärzten in kleinen Häusern mit unter 200

Betten sehen 44 Prozent eine kostenunabhängige Versorgung als voll oder eher realisiert an, unter ihren Kollegen in Häusern mit zwischen 501 und 1000 Betten sind es immerhin 59 Prozent. Als Erklärung bietet sich auch hier der unterschiedliche Versorgungsauftrag an. In den Experteninterviews finden sich Hinweise, dass kleinere Häuser tendenziell unter DRG-Bedingungen größere Probleme mit ihren Vorhaltekosten haben können und daher der ökonomische Druck bereits größer ist als anderswo (vgl. Krankenhaus D, Buhr/Klinke 2006b, a).

Die Differenz der Einschätzungen der eigenen Praxis zwischen Ärzten aus Krankenhäusern mit unterschiedlicher Trägerschaft ist recht gering, weshalb an dieser Stelle auf einen diesbezüglichen Vergleich verzichtet wird (s.o. Abbildung 33).

Abbildung 39: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist ("Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten") in %, nach Größe des Hauses (n=1263*)



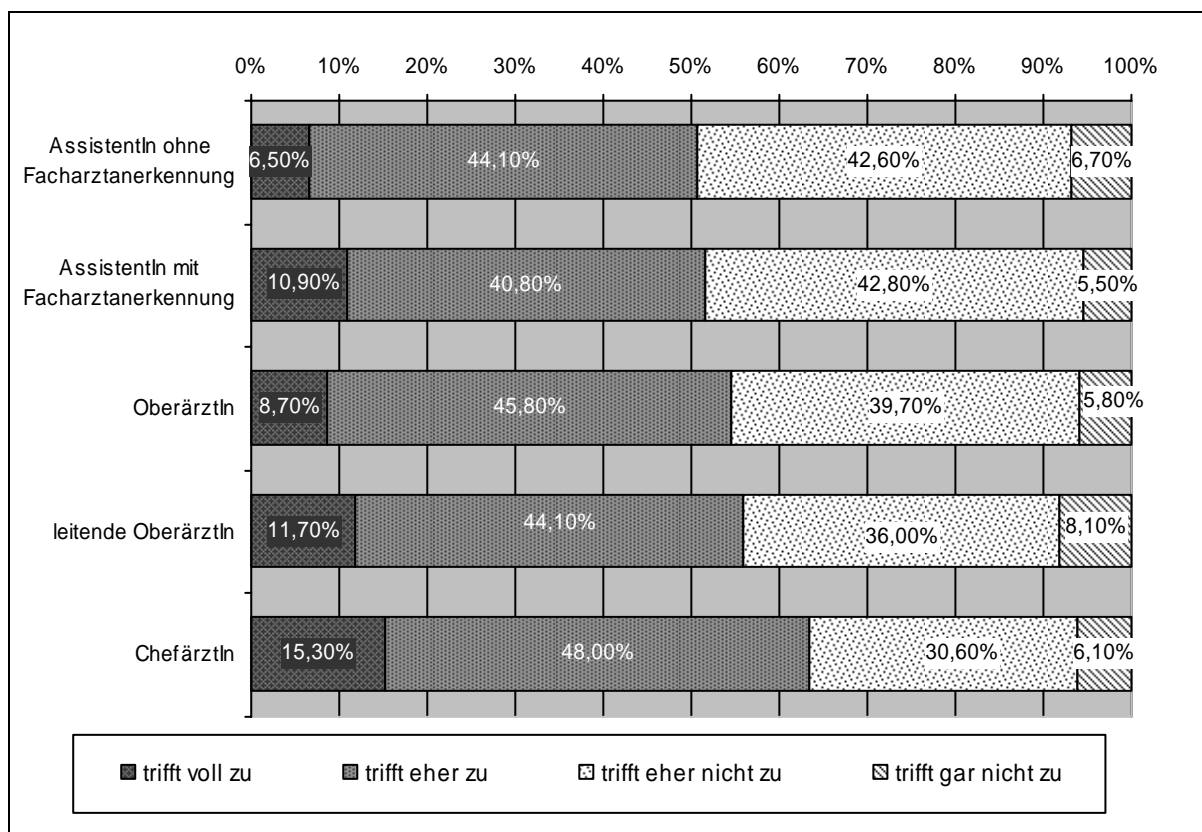
*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Die Tabelle 17 (s.o., 79) zeigt, dass eine Mehrheit von 70 Prozent der Ärzte die Praxis in ihrem Erfahrungsbereich so einschätzt, dass Kosten und medizinische Notwendigkeit "gegeneinander abgewogen" werden. Ärztliche Entscheidungen wären demnach anders ausgefallen, wenn nur die medizinische Behandlungsbedürftigkeit den Versorgungsentscheidungen zugrunde gelegen hätte. Lediglich 3 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass eine solche Relativierung des Versorgungsanspruchs für ihren Kontext "gar nicht" zutrifft.

Ärzte mit hohem beruflichem Status und langer Erfahrung sehen das medizinisch Notwendige häufiger am betriebswirtschaftlichen Vorteil relativiert (Abbildung 40). 51 Prozent der Assis-

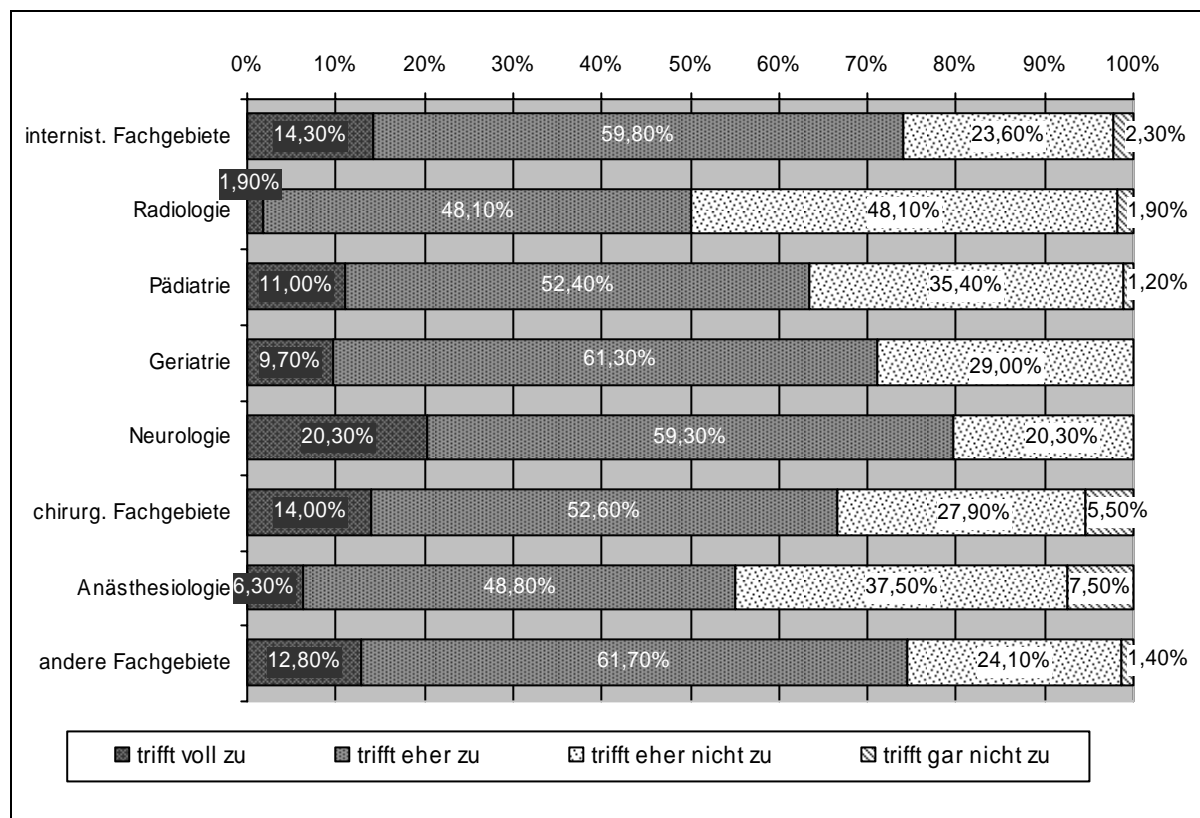
tenzärzte gegenüber 63 Prozent der Chefärzte beobachten in ihrem Erfahrungsbereich eine Gleichrangigkeit von Kosten und der Leistung des medizinisch Notwendigen. Dies darf man sich aber nicht als eine Rechenaufgabe vorstellen, in der Wert x (medizinischer Nutzen) mit Wert y (Kosten) in einer Gleichung in Beziehung gesetzt wird. In den Interviews der Fallstudien (Buhr/Klinke 2006a, b) äußerten die Ärzte, dass ihnen die genauen Kosten einer Behandlung oder Prozedur nicht bekannt seien, sondern nur der zu erwartende Erlös. Was die Kosten angehe, so werde ein allgemeiner diffuser Druck (häufig von Seiten der Chefärzte) verspürt, der in Richtung Sparen geht. Dieser Druck führt dann zu Entscheidungen, in denen eher als bisher gewisse Nachteile oder Risiken für den Patienten in Kauf genommen werden (Buhr/Klinke 2006a, b).

Abbildung 40: Abwägung von Wirtschaftlichkeit mit medizinischer Notwendigkeit – Ist ("Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen") in %, nach beruflicher Position (n=1274*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Abbildung 41: Abwägung von Wirtschaftlichkeit mit medizinischer Notwendigkeit – Ist ("Kosten und medizinische Notwendigkeit werden gegeneinander abgewogen") in % nach Fachrichtung (n=1269*)



*n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben

Auch hinsichtlich der Relativierung des medizinisch Notwendigen am betriebswirtschaftlichen Vorteil zeigen sich je nach Fachgebiet unterschiedliche Praxen (Abbildung 41): 80 Prozent der Neurologen und 74 Prozent der Internisten sehen es als eher oder sogar voll zutreffend an, dass in ihren Abteilungen medizinische Notwendigkeit und betriebswirtschaftliche Erfordernisse bei Versorgungsentscheidungen gegeneinander abgewogen werden. Am wenigsten ist das bei den Radiologen (50 Prozent), Anästhesiologen (55 Prozent) und Pädiatern (63 Prozent) der Fall. Trägerschaft und Krankenhausgröße beeinflussen diese Praxiseinschätzung jedoch kaum, weshalb auf eine Darstellung verzichtet wird.

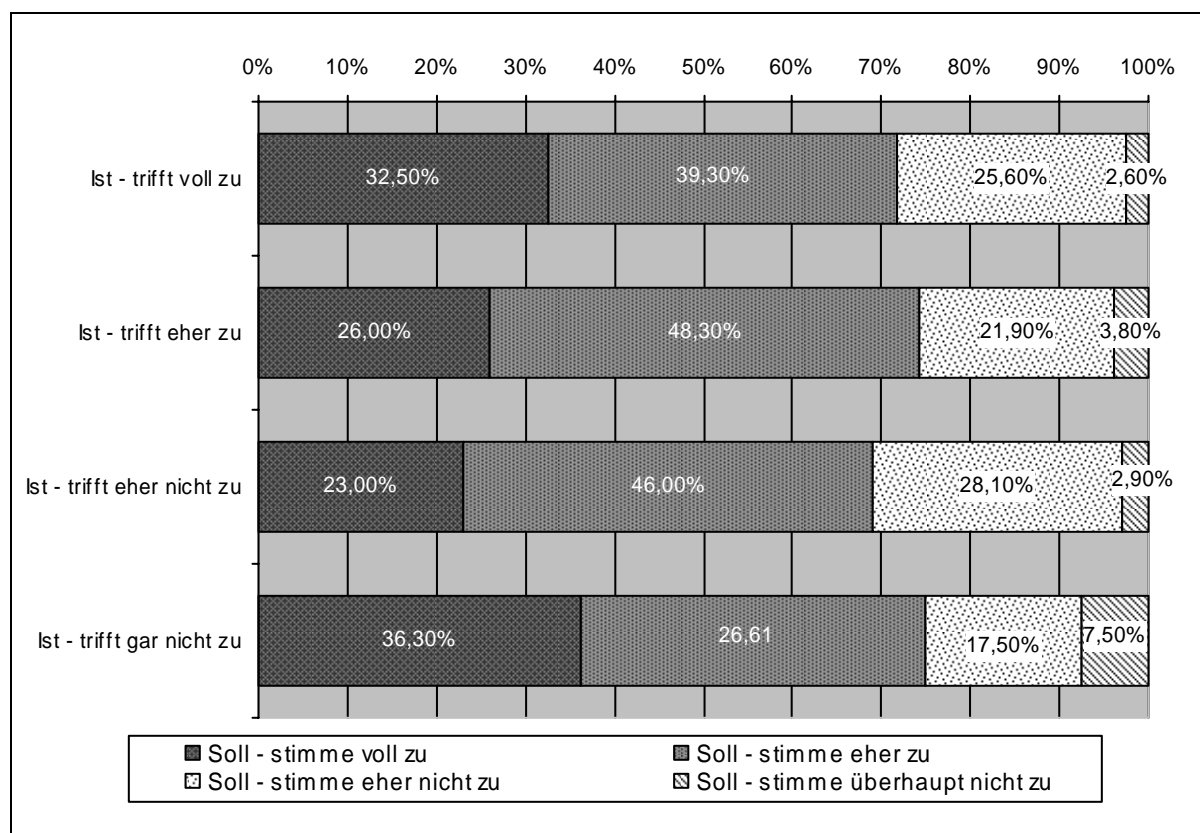
2.3.3 Ökonomisierung des beruflichen Selbstverständnisses

Bisher konnten einerseits normative Relativierungen des Versorgungsanspruches der Patienten bei einer (möglicherweise wachsenden) Minderheit der Krankenhausärzte nachgewiesen werden, die sich auch in einer entsprechenden Versorgungspraxis niederschlagen. Andererseits konnte gezeigt werden, dass für die Mehrheit der Ärzte mehr oder weniger große Differenzen zwischen ihrer normativen Einstellung (Soll) und der Wahrnehmung der eigenen Versorgungswirklichkeit (Ist) bestehen. Kühn spricht hier unter Bezug auf Bourdieu von einer „moralischen Dissonanz“ (Kühn 2006). Diese Dissonanz weist auf Konflikte zwischen beruf-

lichem Selbstverständnis und der Berufspraxis hin. Die Berücksichtigung von ökonomischen Imperativen in der Leistungserbringung konnte als neue Norm identifiziert werden, die darauf drängt, in das traditionelle berufliche Selbstverständnis positiv integriert zu werden, um den Ärzten wieder zu ermöglichen, im Einklang mit einem ökonomisierten Berufsbild ihre Arbeit verrichten zu können. In den zugrunde liegenden Konflikten zwischen Wirtschaftlichkeit und Versorgungsqualität geht es jedoch nur um einen Teilbereich dessen, was man unter wirtschaftlichem Handeln versteht. Problematisch ist nicht das Sparsamkeitsprinzip oder die Überprüfung der Effektivität, sondern die Ausrichtung der Versorgungsentscheidung am Optimumprinzip⁵¹. Einfach ausgedrückt wird eine Güterabwägung zwischen medizinischem Nutzen und Kosten angestrebt (vgl. hierzu z.B. Gäfgen 2003), was jedoch in der Mehrzahl der Fälle schon aus formalen Gründen nicht möglich ist, weil es keine Zahlen gibt und selbst wenn Zahlen sowohl für den medizinischen Nutzen als auch die Kosten-Erlösrelation vorliegen sollten, existiert kein objektiver Maßstab dafür, wie ein prozentualer medizinischer Zusatznutzen gegen Geld abzuwägen wäre. Daraus ergibt sich zwingend die Folge, dass Mediziner in Entscheidungssituationen derzeit je nach Druckkonstellation und eigener Widerständigkeit entscheiden. Aus dem ambulanten Bereich ist z.B. bekannt, dass manche Ärzte am Quartalsanfang den Patienten die Medikation verschreiben, die sie benötigen, während zum Ende des Quartals nur wenig oder gar nichts verschrieben wird (Klinke 2003a). Im Folgenden wird nun dezidiert die für den Nachweis eines Veränderungsdrucks entscheidende Dissonanz genauer untersucht.

51 Optimumprinzip: Zwischen eingesetzten Mitteln und Ergebnis ist ein möglichst günstiges Verhältnis anzustreben.

Abbildung 42: Primat medizinischer Notwendigkeit gegenüber Wirtschaftlichkeitsgebot – Soll ("Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen") in % nach Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist ("Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten"), n=1267*

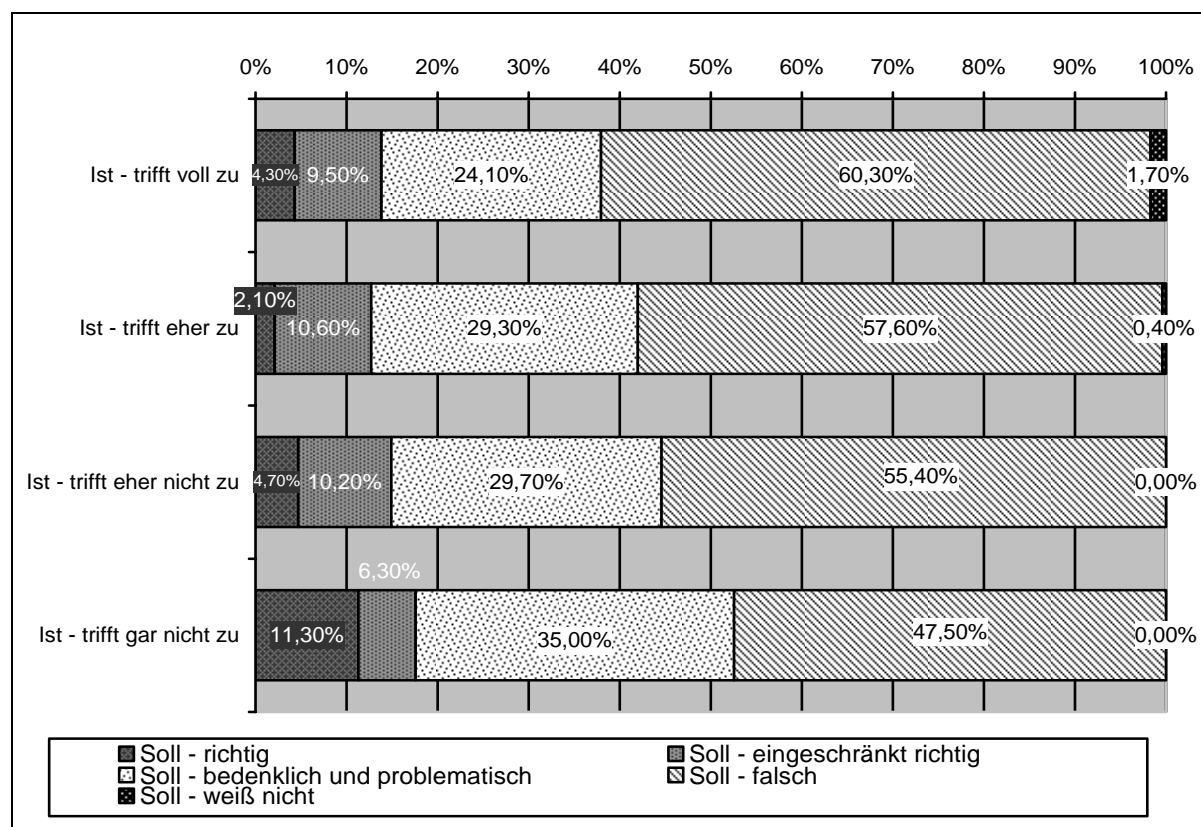


* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben. Die Tabelle ist wie folgt zu lesen: 32,5 % aller Ärzte, in deren Arbeitsumfeld sich die Versorgung nicht nach den Kosten richtet (Ist – trifft voll zu), stimmen der normative Aussage „Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen“ voll zu (Soll – stimme voll zu).

Weitere Hinweise auf eine Spannung zwischen beruflichem Selbstverständnis und Praxis der Leistungserbringung bieten Abbildung 42 und Abbildung 43 (Soll-Ist-Vergleich), die die berufsethische Orientierung ("Ärzte müssen alles tun, was medizinisch notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen") mit der Einschätzung der Praxis im eigenen Erfahrungsbereich konfrontieren. Abbildung 42 zeigt, dass Ärzte, die keine Rationierung wahrnehmen (oberster Balken) im Vergleich zu denen, die durchgängig Rationierung in ihrer täglichen Praxis wahrnehmen (unterster Balken) in ähnlich hohem Umfang die Norm eines Primats medizinischer Notwendigkeit bejahen. Von den Ärzten, die in ihrer Praxis uneingeschränkt den Vorrang des medizinisch Notwendigen als realisiert ansehen (oberster Balken), stimmt ein Drittel (33 Prozent) dem Gebot dieses Vorrangs "voll" zu (Alle Ärzte: 26 Prozent). Bei den eingeschränkten Zustimmungen und Ablehnungen ist diese Einstellung geringer, aber für diejenigen Ärzte, in deren Praxis der Vorrang des medizinisch Notwendigen als "gar nicht" (Ist – trifft gar nicht zu, unterster Balken) gewährleistet angesehen wird, ist die uneingeschränkte Zustimmung zur Norm (Soll – stimme voll zu) mit 36 Prozent sogar höher.

Zugleich wird in dieser Gruppe diese Norm doppelt so häufig uneingeschränkt abgelehnt (acht Prozent) wie vom Durchschnitt der Ärzte und fast dreimal so häufig, wie von den Ärzten die in ihrem Erfahrungsbereich keine Leistungseinschränkungen beobachten (drei Prozent). Eine mögliche Erklärung bietet folgende These: Ein Konflikt zwischen Selbstanspruch und eigener Praxis kann Motivation zum verändernden Handeln in Richtung stärkerer Normerfüllung (Soll) hervorrufen. Sie kann aber auch Angleichung des normativen Anspruchs an den Status quo (Ist) bedeuten. Einstellung und Realitätswahrnehmung der Praxis im eigenen Erfahrungsbereich beeinflussen sich wechselseitig mit der Tendenz der Annäherung. In beiden Fällen wird versucht, den erlebten Konflikt bzw. die Dissonanz zu reduzieren (Kühn 2006).

Abbildung 43: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten"), in % nach Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Ist ("Die Versorgung richtet sich nicht nach den Kosten"), n=1266*



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben. Die Tabelle ist wie folgt zu lesen: 4,3 % aller Ärzte, in deren Arbeitsumfeld sich die Versorgung nicht nach den Kosten richtet (Ist – trifft voll zu), stimmen der normative Aussage „Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“ voll zu (Soll – richtig).

In der Abbildung 43 wird die Einstellung zur Vorenthaltung effektiver Leistungen aus Kostengründen zur erlebten Praxis dieses Versorgungsanspruchs ins Verhältnis gesetzt. Betrachtet man diejenigen Ärzte, die mehrheitlich keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen wahrnehmen (Ist – trifft voll zu, oberster Balken und Ist – trifft eher zu, zweiter Balken

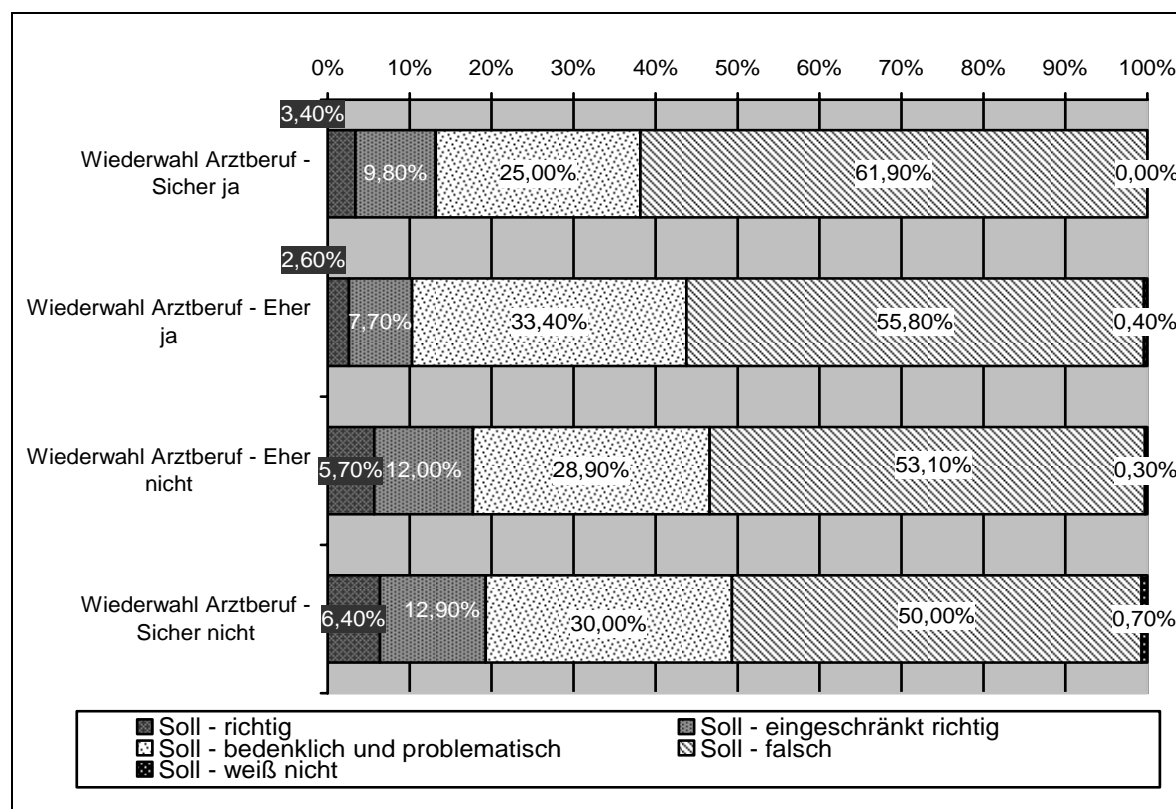
von oben) und stellt sie der Gruppe derjenigen Ärzte gegenüber, deren Praxis von Rationierungsentscheidungen geprägt ist (Ist – trifft eher nicht zu, dritter Balken von oben und Ist – trifft gar nicht zu, unterster Balken), zeigt sich ein nahezu linearer Zusammenhang: Je mehr die erlebte Praxis von Rationierung geprägt ist (Ist), desto mehr Zustimmung findet eine Rationierung aus betriebswirtschaftlichen Gründen (Soll – von 14 Prozent bis hin zu 18 Prozent).

Diejenigen Ärzte, die die Vorrangigkeit des medizinischen Ziels in ihrer Praxis als realisiert erleben (oberster Balken), sind zu 60 Prozent uneingeschränkt ablehnend (Soll – falsch) gegenüber einer Leistungsvorenthaltung aus Kostengründen, während nur 48 Prozent der Ärzte, die unter Bedingungen einer stark ökonomisierten Praxis arbeiten (unterster Balken), Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen aus Kostengründen vollständig ablehnen (Soll – falsch). Umgekehrt wird von 11 Prozent der Ärzte, die durchgängig Leistungseinschränkungen in ihrer täglichen Praxis beobachten (Ist – trifft gar nicht zu, unterster Balken), eine uneingeschränkte Zustimmung zur Rationierung geäußert (Soll – richtig), während nur 4 Prozent der Befragten, die keine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen erleben (Ist – trifft voll zu, oberster Balken), diese befürworten (Soll – richtig).

Beide Gegenüberstellungen lassen sowohl die Deutung zu, dass das berufliche Selbstverständnis die Praxis der Leistungserbringung beeinflusst, oder umgekehrt Ergebnis einer Anpassung an den Status quo sein kann. Aufgrund der für fast alle Fragen dominanten unabhängigen Variablen beruflicher Status und Fachgebiet, bietet sich eine Deutung an, die gleichzeitig eine Anpassung der Praxis an die Norm (Status spezifische Einstellungen) als auch der Norm an die Praxis (Fachgebiet spezifische Handlungsorientierungen) unterstellt.⁵²

52 Weitergehende Analysen sollten diesen Zusammenhang prüfen.

Abbildung 44: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten"), in % nach Wiederwahl des Arztberufes (n=1273*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben. Die Tabelle ist wie folgt zu lesen: 3,4 % aller Ärzte, die sich sicher wieder für ihren Beruf entscheiden würden (Wiederwahl Arztberuf – Sicher ja), stimmen der normative Aussage „Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“ voll zu (Soll – richtig).

Die Frage "würden Sie sich, wenn Sie diese Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden?" dient als Indikator der Berufszufriedenheit (Tabelle 18). 62 Prozent der Krankenhausärzte würden 2004 sicher oder eher die Berufsentscheidung noch einmal so treffen und 38 Prozent eher oder sicher nicht. Dies ist ein sehr hoher Wert, der die - für deutsche Ärzte - einmalig hohe Mobilisierung für den Streik 2006 verständlicher werden lässt. Die Abbildung 44 betrachtet die Einstellung zur Rationierung aus Kostengründen im Verhältnis zur Berufszufriedenheit (Wiederwahl des Arztberufes; vgl. auch Kapitel 2.2.4). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang: Wo die Zufriedenheit der Ärzte hoch ist (oberster Balken), ist der Anteil derer, die wirksame Leistungen aus Kostengründen vorenthalten wollen, gering. Auch die uneingeschränkte Ablehnung von Rationierung (Soll – falsch) ist unter zufriedenen Ärzten (Wiederwahl des Arztberufes – Sicher ja, oberster Balken) mit 62 Prozent weitaus höher als unter unzufriedenen (50 Prozent, unterster Balken). Das lässt vermuten, dass die Befürwortung der Rationierung, die zugleich die Infragestellung eines für viele Jahre

gültigen beruflichen Selbstverständnisses⁵³ bedeutet, eine Form der Anpassung an die Anreize und Interessenkonflikte im Kontext von anhaltender Budgetierung und DRG-Entgeltsystem darstellt.

Tabelle 18: Wiederwahl des Arztberufes ("Würden Sie sich, wenn Sie diese Entscheidung noch einmal zu treffen hätten, auch heute wieder für den Arztberuf entscheiden?") n=1281*

		Anzahl	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	sicher ja	332	25,9	25,9	25,9
	eher ja	456	35,5	35,6	61,5
	eher nicht	351	27,3	27,4	88,9
	sicher nicht	142	11,1	11,1	100,0
	gesamt	1281	99,8	100,0	
fehlend	0	3	,2		
gesamt		1284	100,0		

* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

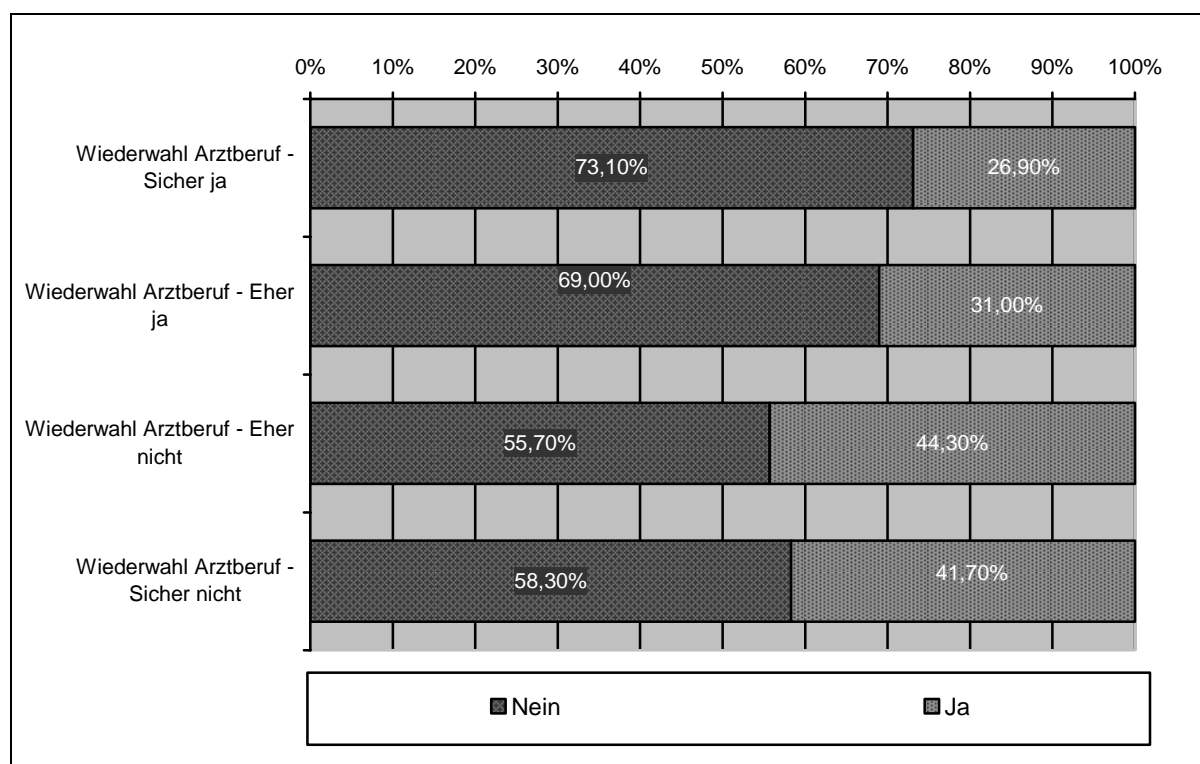
Diejenigen Ärzte, die ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen entsprechend schaffen (n=840 bzw. 65 Prozent der Befragten), konnten eine Reihe möglicher Ursachen ankreuzen (Mehrfachantworten, vgl. Abbildung 25, 62). 44 Prozent dieser Ärztegruppe betrachten "starke Konflikte zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck" und 35 Prozent "starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck" als ursächlich für ihre Überforderungssituation.

Abbildung 45 zeigt einen Zusammenhang zwischen Überforderungssituation und Berufszufriedenheit. Von den Ärzten, die sich überfordert fühlen und den Beruf eher und sicher nicht wieder wählen würden, sehen sich 43 Prozent durch „starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck“ belastet. Dahingegen befinden sich diejenigen Befragten, die sich zwar überfordert fühlen aber sich sicher oder eher wieder für den Arztberuf entscheiden würden, nur zu 29 Prozent im Konflikt mit ihrem beruflichen Selbstverständnis. Dieser Befund kann dahingehend interpretiert werden, dass sich ein Überforderungsgefühl sowohl aus der Anpassung der eigenen Praxis an den Kostendruck, als auch der Durchsetzung des beruflichen Selbstverständnisses gegenüber dem Kostendruck ergeben kann (s.o.). Erstere befinden sich

53 Gültig auch für diejenigen Ärzte, die in ihrer Praxis zwar gegen sie verstießen, aber trotzdem die Norm als herrschend anerkannten. Eine Norm ist solange herrschend bzw. gültig, solange sie moralisch die Deutungshoheit besitzt. Beispiel: Solange Diebstahl allgemein als eine unrechtmäßige Handlung betrachtet wird, weiß auch der Dieb, dass er sich gerade ins Unrecht setzt, wenn er etwas stiehlt, was ihn aber nicht daran hindert die Eigentumsnorm zu verletzen. Wird demgegenüber die Eigentumsnorm zunehmend als Ursache gesellschaftlicher Missstände in Frage gestellt und damit relativiert, dann wird so mancher Dieb zum Robin Hood und so mancher Manager zum gemeinen Dieb. Bezogen auf das berufliche Selbstverständnis der Ärzte, wird demgegenüber derzeit die Berücksichtigung gewinnwirtschaftlicher Interessen von einem Regelverstoß zu einer Regelbeachtung: Die Versorgungsbedarfe des Patienten werden relativiert durch eine Aufwertung des Wirtschaftlichkeitsgebots.

im Konflikt mit ihrem Berufsethos und sind kurz davor diesen negativ durch Berufsaufgabe aufzulösen (Exit-Option), während letztere in ihrem Arbeitsbereich den Primat der medizinischen Notwendigkeit gegenüber gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen zu behaupten versuchen, unter Inkaufnahme einer persönlichen Überforderungssituation, jedoch ohne die getroffene Berufswahl in Frage stellen zu müssen.

Abbildung 45: Überforderung durch „starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck“, in % nach Wiederwahl des Arztberufes (n=837*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage gültige Angaben gemacht und zuvor eingeräumt haben, dass sie häufig oder zumindest selten ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß schaffen. Die Tabelle ist wie folgt zu lesen: 73,1 % aller überforderten Ärzte, die sich sicher wieder für ihren Beruf entscheiden würden (Wiederwahl Arztberuf – Sicher ja), stimmen der Aussage „starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck“ seien ursächlich für ihre Überforderungssituation nicht zu (Überforderung - Nein).

Das berufliche Selbstverständnis basiert zu einem großen Teil auf dem so genannten Arzt-Patient-Verhältnis (Kühn 2002; Brucks 2003; Klemperer 2003; Dieterich 2006; Kuhlmann 2000; Vogd 2002). Im Rahmen der Patientenbefragungen des WAMP-Projektes konnte gezeigt werden, dass die Erwartungen nahezu aller Patienten⁵⁴ auf Einhaltung der traditionellen berufsethischen Norm gerichtet sind. Sie entsprechen dem bereits zitierten Versorgungsanspruch des SGB V. Es dürfte nur wenige Ärzte geben, denen im Umgang mit Patienten diese Erwartung und die entsprechende berufsethische Norm, auf die ihr Gegenüber vertraut, nicht

⁵⁴ Befragt werden Patienten, die vor nicht länger als vier Wochen aus dem Krankenhaus entlassen worden sind (Braun/Müller 2003, 2006).

bewusst ist. Wenn die Praxis also diese Norm zusehends in ihrer Gültigkeit in Frage stellt, ist zu erwarten, dass Ärzte zunehmend eine andere positive Norm in ihr berufliches Selbstverständnis zu integrieren versuchen, die es ihnen ermöglicht diesen Konflikt Deutungsweise zu durchbrechen: Das Wirtschaftlichkeitsgebot in seiner formal-rationalen Deutung (s.o.).

Tabelle 19: negative Arbeitsbedingungen: anstrengende Patienten/Angehörige (n=1276*)

		Anzahl	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	trifft voll zu	121	9,4	9,5	9,5
	trifft eher zu	408	31,8	32,0	41,5
	trifft eher nicht zu	675	52,6	52,9	94,4
	trifft gar nicht zu	72	5,6	5,6	100,0
	gesamt	1276	99,4	100,0	
fehlend	-1	1	,1		
	0	7	,5		
	gesamt	8	,6		
gesamt		1284	100,0		

* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage Angaben gemacht haben.

Was in diesem Kapitel dargestellt werden konnte, sind die Symptome einer Umbruchsituation, die durch Spannungen zwischen professionsgebunden Überzeugungen und professionellen Handlungen gekennzeichnet ist. Die Beziehung zum Patienten wird derzeit nicht zuletzt durch die Unaufrichtigkeit beeinträchtigt, mit der die vom ökonomischen Rentabilitätskalkül motivierten Entscheidungen als medizinische Notwendigkeit ausgegeben werden (Vogd 2004, 182). Hier besteht politischer Handlungsbedarf, denn Institutionen und Steuerungsinstrumente sollten so gestaltet werden, dass die in ihnen handelnden Individuen im Einklang mit ihrem beruflichen Selbstverständnis und ihrem gesellschaftlichen Auftrag ihre Aufgaben erfüllen können. Kühn weist drauf hin, dass derzeit der „akademische Ethikbetrieb“ sich damit beschäftigt, die Ökonomisierung des beruflichen Selbstverständnisses zu rechtfertigen (Kühn 2006) und die Anpassungsunwilligen – in Anlehnung an Max Weber (Weber/Mommsen 1992) – als 'Gesinnungsethiker' zu etikettieren, die nicht bereit sind, sich veränderten gesellschaftlichen Realitäten zu stellen.

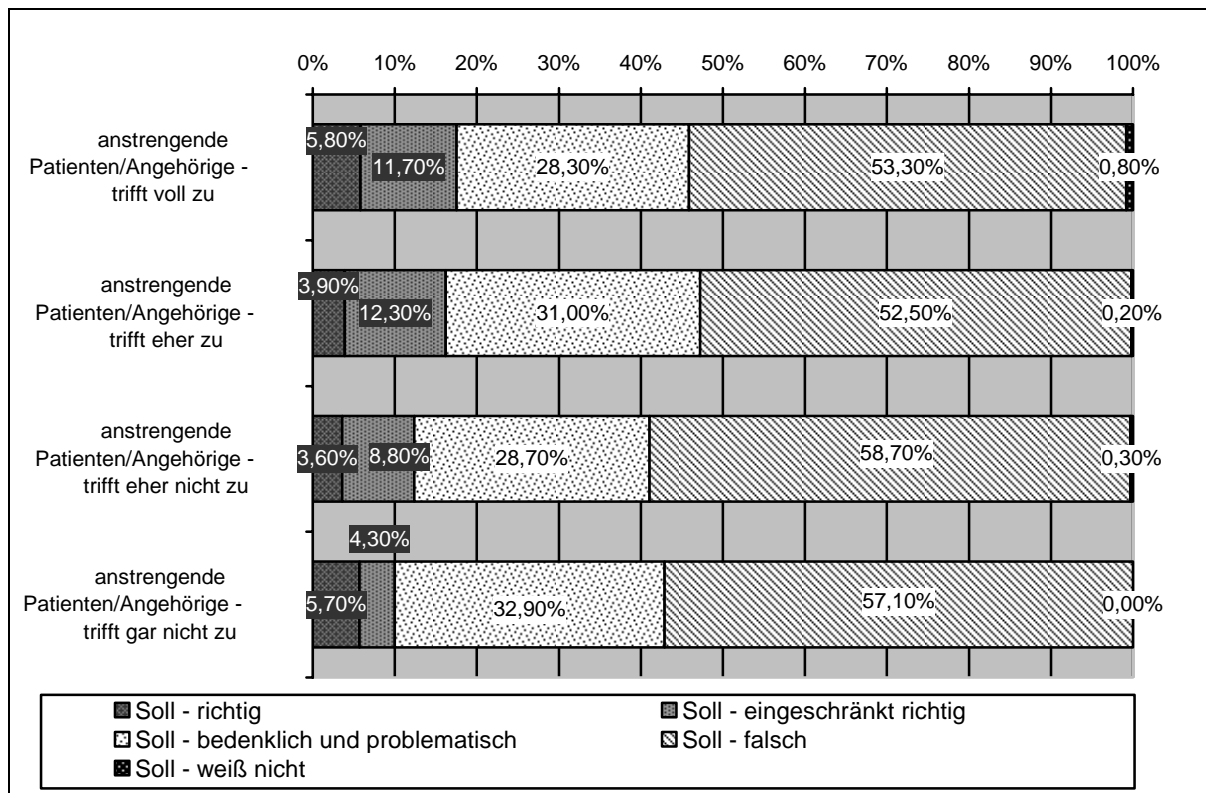
Hierzu gehört auch das ökonomistische Deutungsangebot, dass medizinische Bedarfe unendlich seien, von daher per se nicht zu befriedigen sind und Mediziner daher nur die Aufgabe haben, die knappen Ressourcen in irgendeiner Form gerecht zu verteilen. In diesem Kontext hat sich auch das Bild vom Patienten gewandelt: Zunehmend wird vom mündigen, eigenverantwortlichen Patienten gesprochen (Dieterich 2006), der tendenziell unersättliche Bedarfe habe. Diese Vorstellung entlastet denjenigen, der diesem einen Dienst, ein Medikament oder

ein Gespräch vorenthält, weil er sich sagen kann, dass der Patient ungerechtfertigte Ansprüche stellt und/oder nicht bereit ist seinen Beitrag zum Heilungserfolg zu leisten, der von ihm erwartet werden darf. Die prospektive Finanzierung durch Pauschalen und Budgets überträgt das Versicherungsrisiko auf die Station oder Abteilung, ohne dass die Patienten- bzw. Fallzahl tatsächlich den Umfang eines Risikopools hätte, so dass auf der einzelwirtschaftlichen Ebene eines Krankenhauses immer wieder Situationen entstehen, die zu temporärer Unterfinanzierung führen.

So erklärt sich, dass 42 Prozent der Ärzte auf die Frage nach negativen Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennungen) "anstrengende Patienten und Angehörige" (Tabelle 19) als Ursache nennen. Dafür mag eine unbekannte Vielfalt von Motiven verantwortlich sein, aber dass hier auch der Konflikt zwischen medizinischen Bedarfen und betriebswirtschaftlichen Möglichkeiten eine Rolle spielt, erscheint plausibel. Auf der einen Seite steht die Erwartungshaltung des Patienten sowie das eigene berufliche Selbstverständnis und auf der anderen Seite der Druck des Anreiz- und Sanktionssystems der Organisation, der auch als moralischer Druck (Verantwortung für Arbeitsplätze usw.) ankommen kann. Hinzu kommt der weit verbreitete neoliberale Mythos, wonach die 'Lohnnebenkosten' (d. h. unter anderem die Kassenbeiträge) den 'Standort Deutschland' bedrohen. Unter diesen Bedingungen erhält die Leistungserbringung im Krankenhaus eine neue Bedeutung, nämlich als volkswirtschaftlicher Beitrag zur Finanzierung angebotsorientierter Wirtschaftspolitik. Sofern der betreffende Arzt die herrschende Wirtschaftspolitik in Deutschland als richtig oder zumindest alternativlos auffasst, erhält die Rationierung gesundheitlicher Leistungen eine spezifische Legitimation.

Die Abbildung 46 verdeutlicht, dass die Bewertung des Patienten als Belastung für manche Ärzte eine Strategie zur Entlastung des eigenen Gewissens sein kann. Unter den Ärzten, die Patienten als anstrengend wahrnehmen (anstrengende Patienten/Angehörige – trifft voll zu, oberster Balken und trifft eher zu, zweiter Balken von oben), ist der Anteil derer höher, die Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen befürworten (Soll – eingeschränkt richtig und Soll – richtig, addiert: 16 bzw. 18 Prozent), als unter denjenigen, die sich nicht durch ihre Patienten belastet fühlen (dritter Balken von oben und unterster Balken, 10 bzw. 12 Prozent). Umgekehrt formuliert: Wer bereit ist, wirksame medizinische Leistungen vorzuenthalten, erlebt häufiger seine Patienten und ihre Angehörigen als Belastungsfaktor.

Abbildung 46: Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen – Soll ("Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten"), in % nach Belastungsfaktor "anstrengende Patienten/Angehörige" (n=1269*)



* n = alle Ärzte, die zu dieser Frage gültige Angaben gemacht. Die Tabelle ist wie folgt zu lesen: 5,8 % aller Ärzte, die sich sicher durch anstrengende Patienten/Angehörige belastet fühlen (anstrengende Patienten/Angehörige – trifft voll zu), stimmen der Aussage „Aus Kostengründen muss man den Patienten effektive Leistungen vorenthalten“ voll zu (Soll - richtig).

Die weiteren Erhebungen werden zeigen, welche Trends sich bei den Einstellungen zum Primat der medizinischen Notwendigkeit gegenüber der betrieblichen formal-rationalen Wirtschaftlichkeit im Prozess der fortschreitenden Ökonomisierung des Krankenhauses ergeben. Es liegt nahe, eine Tendenz zur Anpassung an den Ökonomisierungsprozess zu vermuten. Dafür sprechen einerseits Gründe im Mikrobereich der Arbeitswelt: Intensivierung, Zeitdruck, Bürokratisierung (Management), Technisierung und geringere Verweildauer sind u.a. Distanzierungsmechanismen gegenüber der Person des Patienten. Wenn diese sich im Zuge der zunehmenden Budgetwirksamkeit des DRG-Systems diese Tendenzen verstärken sollten, dann ist eine wachsende Zustimmung zur Rationierung bzw. Ablehnung des Vorrangs einer bedarfsgerechten Versorgung zu erwarten und die bestehenden Konflikte werden durch eine Neuformulierung des beruflichen Selbstverständnisses integriert. Im Einzelnen konnten folgende Tendenzen aus der Auswertung der qualitativen Interviews durch die quantitativen Daten bestätigt werden:

- *Gegenüber 2003 ist die berufsethische Integration von gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen weiter fortgeschritten und nicht nur auf Chefärzte beschränkt, wenngleich diese nachweislich bereits in höherem Maße bereit sind, medizinische Versorgungsbedarfe anhand betriebswirtschaftlicher Erfordernisse zu relativieren.*
- *Die DRGs befördern aufgrund der fallbezogenen Rechenhaftigkeit der Erlöse eine Orientierung des beruflichen Selbstverständnisses von Chefärzten an dem Berufsbild des Managers. Damit sind Chefärzte als diejenige Berufsgruppe zu identifizieren, von der am meisten Druck auf eine Neubestimmung des beruflichen Selbstverständnisses durch Integration ökonomischer Ziele in das Arzt-Patient Verhältnis ausgeht.*
- *Die Wahrnehmung von Konflikten zwischen medizinischen und ökonomischen Handlungsimperativen hat sich verstärkt. Gelöst wird dieser Konflikt vermehrt über Versorgungsentscheidungen, die den Anspruch des Patienten auf eine bestmögliche Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen anhand von Kosten bzw. Erlöserwägungen relativieren. Diesbezügliche berufsethische Normen werden relativiert und von Teilen der Ärzteschaft bereits ganz abgelehnt.*
- *Die Tendenz, dass das berufliche Selbstverständnis von traditionell handwerklich orientierten Disziplinen sich widerspruchsfreier an DRG-Bedingungen adaptieren lässt, als konservative Disziplinen, konnte anhand der quantitativen Daten bestätigt werden.*
- *Es ließen sich Hinweise dafür finden, dass die jeweilige ökonomische Position der eigenen Abteilung bzw. das Ausmaß, in dem bereits medizinisch notwendige Leistungen rationiert werden, die Bereitschaft erhöht, handlungsleitende Normen, die einen Primat medizinischer Notwendigkeit fordern, zu relativieren und das berufliche Selbstverständnis dementsprechend zu modifizieren.*

Darüber hinaus ließen sich auch Hinweise finden, dass Teile der Ärzteschaft sich derzeit bewusst in Opposition zu den durch Budgetierung und DRGs entstandenen Handlungsimperativen befinden. Die entscheidende Frage, ob es sich um Rückzugsgefechte handelt oder um Zeichen eines wachsenden Widerstandes gegen eine Neudefinition des beruflichen Selbstverständnisses, müssen künftige Untersuchungen zeigen.

2.4 Versorgungsqualität

In dieser Untersuchung wird Versorgungsqualität über das Zusammenspiel von Krankenhausorganisation (2.4.1) mit dem tatsächlichen Handeln der beteiligten Akteure (2.4.2) erhoben. Das Verhältnis von Krankenhausorganisation und Versorgungsgeschehen wird dabei grundsätzlich als interdependent betrachtet. Weder bleiben die Akteure (hier: Krankenhausärzte) unabhängig von den Strukturen innerhalb derer sie sich bewegen, noch bleiben die Strukturen unbeeinflusst von grundlegenden und dominanten Einstellungen und Verhaltensweisen der in ihr inkorporierten Subjekte.⁵⁵

55 Anders ausgedrückt: Das Sein bestimmt zwar das Bewusstsein, aber das Bewusstsein hat auch die Chance, das Sein zu verändern.

2.4.1 Organisation der Versorgung

Im Folgenden werden diejenigen Fragen präsentiert, die sich auf die Art und Weise der Organisation von Versorgungsabläufen beziehen, von denen erwartet werden kann, dass sie durch die Einführung des neuen Entgeltsystems beeinflusst werden. Dargestellt wird, welche Personen Einfluss auf Versorgungsentscheidungen haben, wer hauptverantwortlich ist für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens, ob EDV-Systeme den Arzt bei seiner Arbeit unterstützen, und welche modernen Versorgungsformen im Krankenhaus anzutreffen sind. Da private Träger von sich behaupten, besonders effiziente und gleichzeitig besonders gute Versorgungsstrukturen zu gewährleisten, wird in diesem Kapitel ein besonderes Augenmerk auf die Überprüfung dieser Variable gelegt werden.

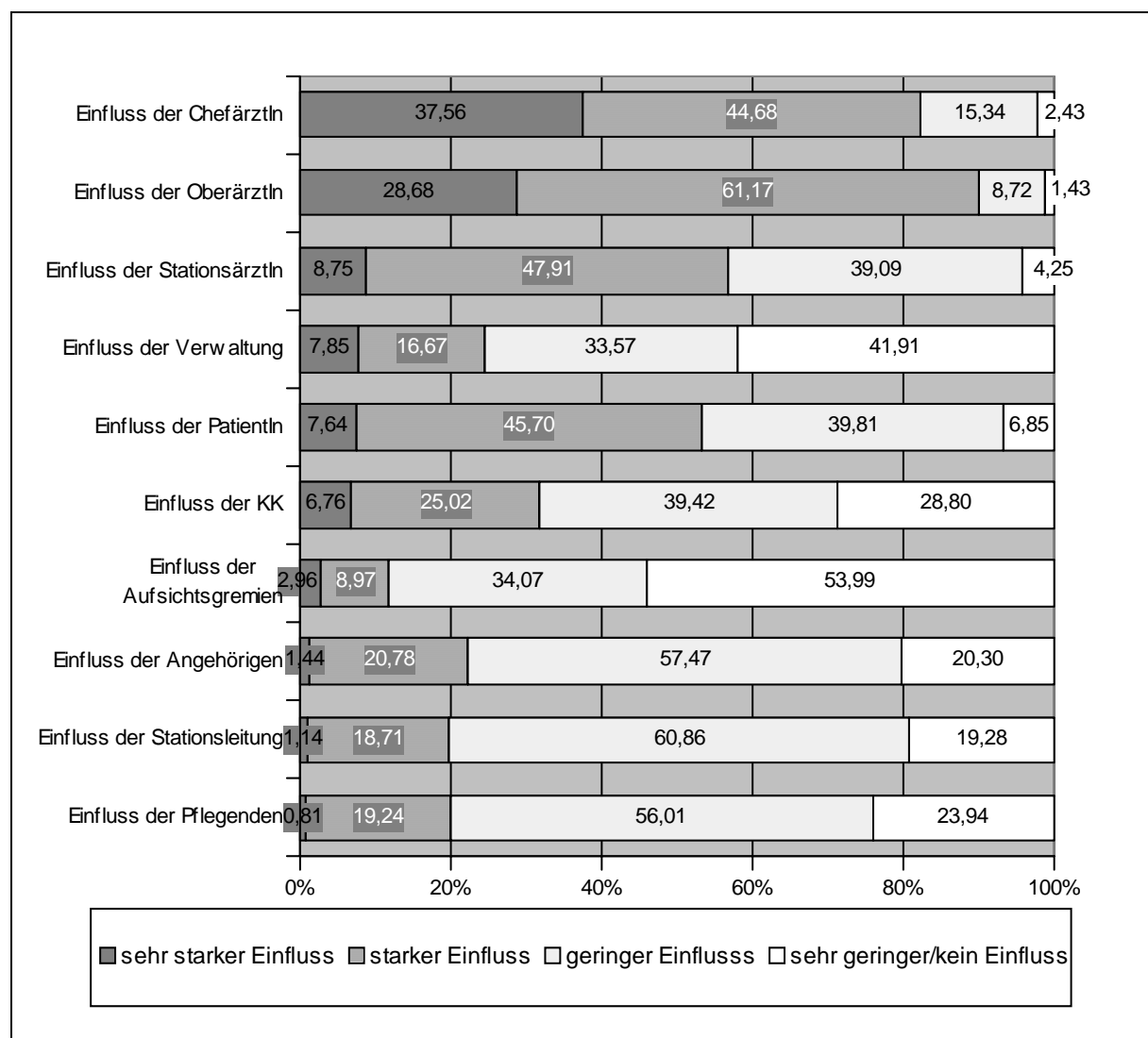
Die Befragten konnten unter zehn Akteursgruppen (Chefärzte, Oberärzte, Stationsärzte, Verwaltung, Patienten, Krankenkassen, Aufsichtsgremien, Angehörige, Stationsleitungen, Pflegekräfte) entscheiden, welche dieser Gruppen Einfluss auf die Versorgungsentscheidungen des Arztes nehmen (Abbildung 47). Die Gruppe der leitenden Ärzte besitzt demnach eindeutig den größten Einfluss auf die Art und Weise der Behandlung (82 bis 90 Prozent sind der Ansicht, dass sie starken bis sehr starken Einfluss haben). Diese Zahlen stützen die These, dass Chefärzte auch unter DRG-Bedingungen weiterhin maßgeblichen Einfluss auf das Versorgungsgeschehen in ihrer Abteilung haben und von daher ein zentraler Akteur für die Analyse der Implementation von Gesetzen auf der Mikroebene sind (vgl. Klink 2003a). 56 Prozent der Befragten beobachten in ihrem Bereich einen starken bis sehr starken Einfluss der Stationsärzte. Etwa 53 Prozent sind der Meinung, dass die Patienten selbst einen starken bis sehr starken Einfluss auf ihre Behandlung haben.

Erstaunlicherweise nehmen bereits ca. 32 Prozent der Befragten in ihren Abteilungen/Kliniken einen starken Einfluss der Krankenkassen auf die Art und Weise der Behandlung wahr. Eine solche Beobachtung deutet auf bestehende Konflikte zwischen medizinischen und wirtschaftlichen Erwägungen hin, denen sich diese Ärzte in konkreten Versorgungsentscheidungen ausgesetzt fühlen. Bisher sind Krankenkassen nicht dafür bekannt, dass sie Versorgungsentscheidungen im Krankenhaus maßgeblich beeinflussen. Sie bezahlen zwar bestimmte Leistungen nicht oder nur schlecht bzw. sehr spät und erst nach langwierigen Verhandlungen, aber der Arzt verordnet, was für seinen Patienten notwendig erscheint und fühlt sich in diesen Entscheidungen durch die ärztliche Therapiefreiheit, seinen Chef und die Krankenhausleitung gedeckt. So lauten auch weiterhin viele Aussagen in den Experteninterviews (Buhr/Klink 2006a, b). Dieser Widerspruch in den Aussagen – einerseits sei man im Zweifelsfall weiterhin in der Lage alles notwendige für den Patienten zu tun und andererseits nehmen die Kassen Einfluss auf Versorgungsentscheidungen – kann dahingehend aufgelöst werden, dass in einer Umbruchsituation, einer Situation des Wandels, alte und neue Handlungsnormen parallel existieren. Somit können beide Handlungsorientierungen – die eine noch und die andere schon – auf Versorgungsentscheidungen Einfluss nehmen, sowohl auf der Ebene des unterschiedlichen Grades der Akzeptanz und Durchdringung innerhalb der Befragtengruppe als Ganzes, als auch auf der Ebene der Person des einzelnen Befragten. Wenn sich knapp ein Drittel der Ärzteschaft bereits durch die Entgeltsituation in Versorgungsentscheidungen genötigt fühlt, zwischen den wirtschaftlichen Interessen des Hauses und den Bedürfnissen seines Patienten abzuwägen, muss eine Verschlechterung der Versorgungssituation befürchtet werden.

Die Verwaltung nimmt für 25 Prozent der Ärzte ebenfalls einen starken bis sehr starken Einfluss auf die Versorgungsentscheidungen. Kombiniert man diesen Befund mit dem Einfluss der Krankenkassen, wird verständlich, warum Ärzte ihre Therapiefreiheit zunehmend eingeschränkt sehen: Auf der einen Seite stehen die Krankenkassen, von denen man weiß, dass sie unter Umständen bestimmte Leistungen nicht bezahlen. Auf der anderen Seite steht die Verwaltung, die zunehmend von den Ärzten erwartet, wirtschaftliche Belange des Hauses im Auge zu behalten. Wenn dann der Chefarzt seine Mitarbeiter nicht ausdrücklich ermutigt, sich von diesen Belangen bei der Entscheidung der medizinischen Notwendigkeit nicht beeinflussen zu lassen, befinden sich die betroffenen Mediziner in einem Dilemma, das sich kein Patient wünschen kann.

20 bis 22 Prozent der Krankenhausärzte sehen in ihrem Umfeld einen starken bis sehr starken Einfluss von Angehörigen, der Stationsleitung und den Pflegenden im Allgemeinen. 88 Prozent sind der Meinung, dass die Aufsichtsgremien keinen oder nur geringen Einfluss auf Versorgungsentscheidungen haben.

Abbildung 47: Stärke des Einflusses der verschiedenen Akteure im Krankenhausbereich auf Versorgungsentscheidungen (n=1284)



Die Korrelation der zehn Items zum Thema Einfluss auf Versorgungsentscheidungen mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft ergab, dass in Bezug auf den Einfluss des Oberarztes, der Verwaltung/Geschäftsführung, der Aufsichtsgremien und der Angehörigen ein klarer Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Mittels einer linearen Regression (Tabelle 20) zeigt sich im Modell (1 = sehr geringer bis 4 = sehr starker Einfluss), dass die Trägerschaft nur hinsichtlich des Einflusses der Verwaltung bedeutsam ist, weshalb dieser hier im Mittelpunkt der Betrachtung steht. Hinsichtlich der Position des Befragten kommt es zu keinen unterschiedlichen Einschätzungen der Rolle der Verwaltung im Krankenhaus.

In den Fächern sind erneut vor allem Unterschiede bei Radiologen und Anästhesiologen messbar, die hinsichtlich der Entscheidungsfunktion der Verwaltung einen weitaus größeren Einfluss wahrnehmen als ihre Kollegen aus anderen Disziplinen. Die Krankenhausgröße hat keinen Einfluss auf die Rolle der Verwaltung bei Versorgungsentscheidungen. Demgegenüber wird generell in privaten Häusern die Rolle der Verwaltung deutlich prominenter wahrgenommen als in Häusern mit anderer Trägerschaft. Dieser Befund liegt durchaus im Bereich des zu Erwartenden, da private Träger über das Gewinninteresse ein stärkeres Bedürfnis haben, medizinische Versorgungsentscheidungen zu beeinflussen.

Tabelle 20: Versorgungsentscheidungen der Verwaltung – lineare Regression⁵⁶

Versorgungsentscheidung, Beeinflussung durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft	
Einflussvariablen	Entscheidungsfunktion der Verwaltung
Konstante***	1,683
Position, AssistentIn ohne FA	-
Position, AssistentIn mit FA	-
Position, OberärztIn	-
Position, leit. OberärztIn	-
Fachgebiet, Radiologie	0,361 *
Fachgebiet, Pädiatrie	-

56 Tabelle 20 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Anästhesiologie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Einfluss der Verwaltung auf Versorgungsentscheidungen): Konstante 1,683 + Anästhesiologie 0,367 = 2,050. Ein Anästhesiologe mit identischen sonstigen Merkmalen nimmt in diesem Modell demnach den Einfluss der Verwaltung um 22 Prozent stärker wahr als internistische Kollegen. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Anästhesiologe, desto mehr Einfluss der Verwaltung auf Versorgungsentscheidungen).

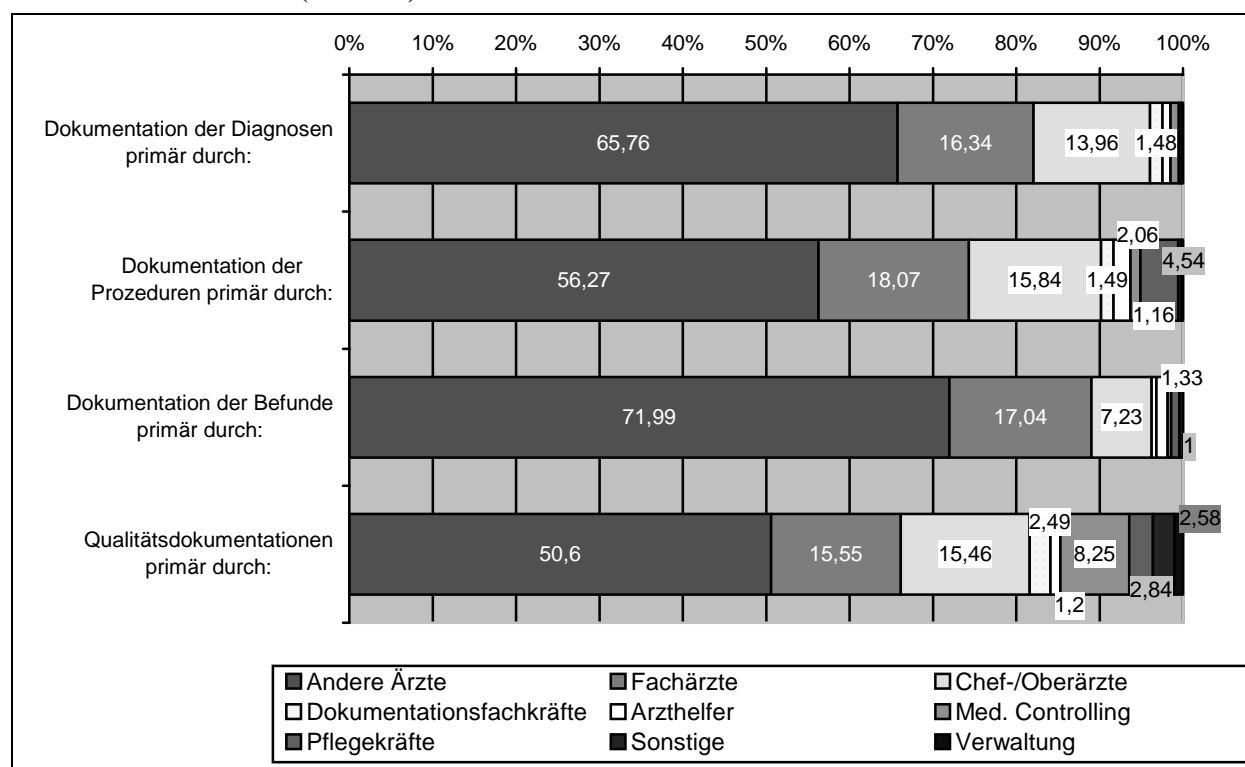
Einflussvariablen	Entscheidungsfunktion der Verwaltung
Fachgebiet, Geriatrie	-
Fachgebiet, Neurologie	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-
Fachgebiet, Anästhesiologie	0,367 **
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete	-
KH mit 201-300 Betten	-
KH mit 301-400 Betten	-
KH mit 401-500 Betten	-
KH mit 501-1000 Betten	-
KH >1000 Betten	-
Trägerschaft, freigemein. Träger	-
Trägerschaft, privater Träger	0,216 *
R-Quadrat	0,033

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; **Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

Befragt, wer in ihrer Abteilung/Klinik hauptsächlich für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens verantwortlich sei (Abbildung 48), teilen hinsichtlich der Diagnosen 66 Prozent der Ärzte die Auffassung, dass Ärzte ohne Facharztanerkennung hier die Hauptlast der Verantwortung tragen. Etwa jeweils 15 Prozent sind der Ansicht, dass Fach- oder Chef- und Oberärzte bei ihnen die Hauptverantwortung für diagnosebezogene Dokumentationen übernehmen. Die restlichen vier Prozent verteilen sich ziemlich gleichmäßig auf die übrigen sechs Berufsgruppen.

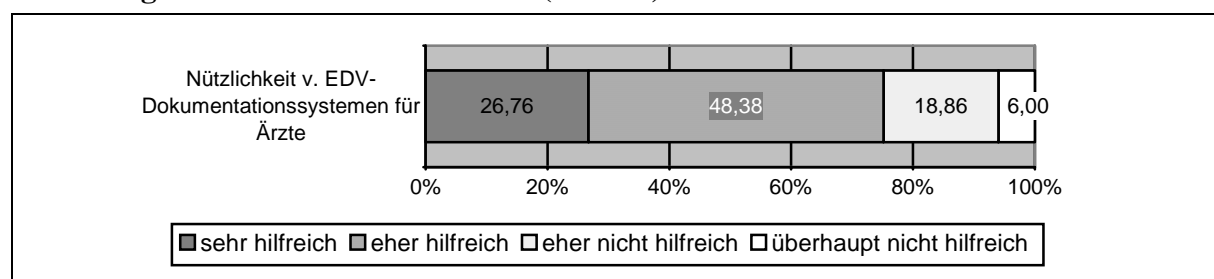
In Bezug auf die Dokumentation von Prozeduren sind die Werte ähnlich verteilt (Abbildung 48): Pflegekräfte sind in den Abteilungen/Häusern laut vier Prozent der Befragten hauptsächlich für die Dokumentation der Prozeduren verantwortlich. Die Dokumentation der Befunde ist in den meisten Häusern Sache der Assistenzärzte ohne Facharztanerkennung (72 Prozent). Nur für sieben Prozent der Befragten sind hier die Chef- und Oberärzte hauptverantwortlich. Diese Angaben decken sich mit den Befunden aus der Analyse der qualitativen Daten: Assistenzärzte tragen das Gros der DRG-Codierlast (Buhr/Klinke 2006a, b). Bei den Qualitätsdokumentationen ist der Anteil derjenigen, die Ärzte ohne Facharzt als Hauptverantwortliche wahrnehmen, am geringsten (51 Prozent). Dafür sehen hier sechs Prozent das Wirken des Medizin-Controllings und die restlichen zehn Prozent der Befragten andere Berufsgruppen als Hauptverantwortliche an. Im Vergleich zu den Ärzten preiswerte Dokumentationsfachkräfte, Arzthelfer, Pflegekräfte, Verwaltungsangestellte und sonstige Berufsgruppen sind folglich bisher nur in wenigen Häusern in großem Umfang mit der Dokumentation des Versorgungsgeschehens betraut. Diese Zahlen decken sich ebenfalls mit den Aussagen in den Interviews.

Abbildung 48: Hauptverantwortliche für die Dokumentation des Versorgungsgeschehens (n=1284)⁵⁷



Der Einsatz von EDV-Dokumentationssystemen wird von 75 Prozent der Krankenhausärzte als hilfreich für ihre Arbeit angesehen (Abbildung 49). Immerhin 25 Prozent sind nicht der Meinung, dass die EDV ihren Arbeitsalltag erleichtert. In den Interviews wurde häufig auf eine Phase der Doppelcodierung/Dokumentation hingewiesen. Möglicherweise arbeiten diese 25 Prozent in Häusern, in denen diese Umstellungsphase noch nicht abgeschlossen ist.

Abbildung 49: EDV im Krankenhaus (n=1284)



Die Korrelation des Items EDV im Krankenhaus mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich kein Hinweis darauf ab, dass private Träger mehr als andere in der Lage sind, moderne Dokumentationssysteme mit für die Ärzte erkennbarem Nutzen in den medizinischen Alltag zu integrieren.

In den Häusern von etwa 46 Prozent der Befragten (Abbildung 50) existieren klare und koordinierte Abläufe von der Aufnahme bis zur Entlassung (Case-Management/Clinical Pathways

⁵⁷ Anteile unter einem Prozent sind aus inhaltlichen (zu vernachlässigenden) und Platzgründen nicht als Zahl genannt.

usw.). Es ist darauf hinzuweisen, dass diese Frage keinen Aufschluss über die Quantität und Qualität dieser Behandlungsleitlinien bietet. Offen bleibt zudem, wie verbindlich diese Leitlinien für die behandelnden Ärzte und Pflegekräfte sind, bzw. ob Behandlungspfade auch tatsächlich handlungsleitend wirken. In einer Untersuchung zu ärztlichen Einstellungen gegenüber Leitlinien (Hasenbein/et al. 2005) wird deutlich, dass unter den befragten Ärzten sehr heterogene Vorstellungen darüber existieren, welche Rolle und Funktion Leitlinien besitzen. Selbst Chefärzte konnten teilweise die in ihrer Klinik vorhandenen Leitlinien nicht benennen⁵⁸. Hierfür wird die Art und Weise des aktuellen Umgangs mit Leitlinien verantwortlich gemacht:

„Sie werden überwiegend nach Bedarf genutzt und spielen im Versorgungsalltag offenbar nur dort eine Rolle, wo Strukturen und Abläufe auf Leitlinien abgestimmt wurden. Leitlinien werden meist nur punktuell während Fortbildungsmaßnahmen, Fallkonferenzen und Literaturbesprechungen herangezogen.“ (Hasenbein/et al. 2005)

Ein weiterer interessanter Befund der o. g. Untersuchung weist auf einen Zusammenhang zwischen der Bereitschaft zu interprofessioneller Kooperation mit der jeweiligen Einstellung zur Arbeit mit Leitlinien hin. Es wird gezeigt, dass teamorientierte Ärzte skeptischer gegenüber Leitlinien sind und weniger individuellen Nutzen in ihnen sehen als andere Ärzte. Organisationstheoretisch wird dies damit begründet, dass sich „Selbstabstimmung (Team) und Fremdstimmung (Regeln)“ (Hasenbein/et al. 2005) in gewisser Weise ausschließen. Sofern also Leitlinien nicht nur von denen, die diese als Legitimationsmittel des Handelns begrüßen⁵⁹, als hilfreich angesehen werden sollen, müssen diese in Zusammenarbeit mit den lokalen Akteuren angepasst und die verschiedenen Kooperationsformen an sich Bestandteil einer Leitlinie sein. Aus den Experteninterviews geht hervor, dass mehrheitlich im Bereich der Pflege Leitlinien bestehen und im ärztlichen Bereich bisher erst wenige, aber zumindest für eine Behandlung. Geschildert wird, dass diese häufig noch nicht praxistauglich sind (Buhr/Klinke 2006a, b).

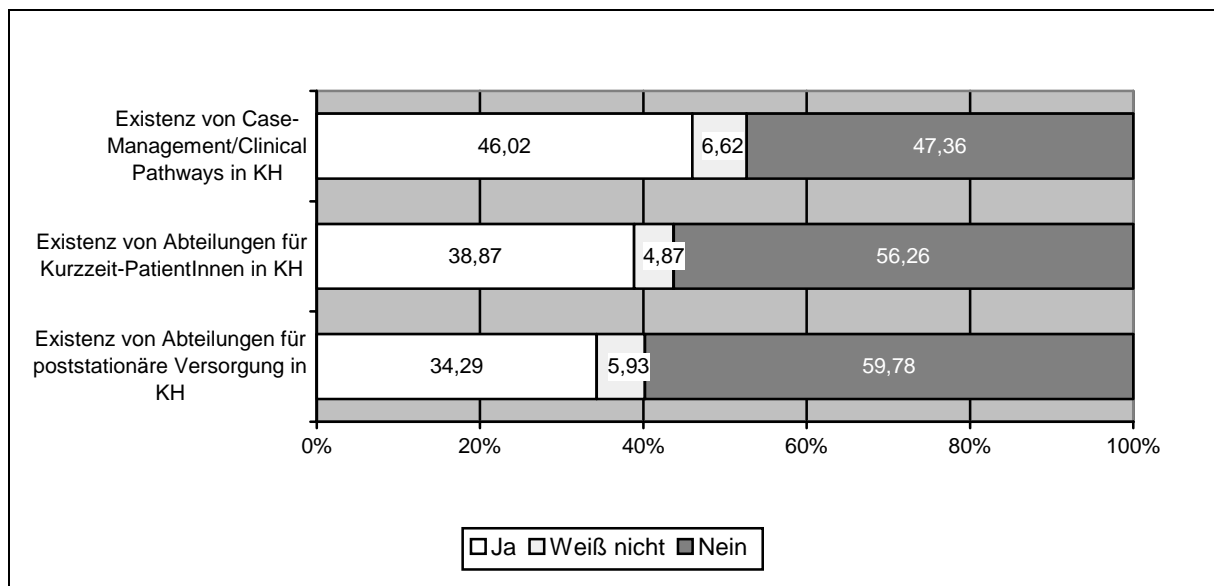
Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen existieren in 39 Prozent der Fälle. Abteilungen für poststationäre Versorgung sind in den Einrichtungen von 34 Prozent der befragten Ärzte vorhanden.⁶⁰

58 In dieser Erhebung aus dem Jahr 2003 wird nur von 13,3 Prozent der befragten 30 neurologischen Kliniken angegeben, gar keine Leitlinien zu haben (Hasenbein/et al. 2005).

59 Organisationstheoretisch wird dieses Verhalten als „Errichtung von ‘Fassaden der Rationalität’ durch Regelbefolgung“ bezeichnet (Hasenbein/et al. 2005).

60 Die Antwortkategorie „weiß nicht“ wird in allen drei Fällen als „nicht vorhanden“ interpretiert, da diese Neuerungen unter der Ärzteschaft des Hauses sicherlich lebhaft diskutiert werden würden, sofern sie im Haus eingeführt wären.

Abbildung 50: Innovative Versorgungsformen im Krankenhaus (n=1284)



Die Korrelation der drei Items zum Thema Existenz moderner Versorgungsformen mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass bezüglich des Case-Managements/der Clinical Pathways sowie der Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen in Krankenhäusern ein bedeutsamer Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Mittels einer linearen Regression (Tabelle 21) kann gezeigt werden (0 = nicht vorhanden bis 1 = vorhanden), dass die Trägerschaft in einem solchen Modell jedoch nur hinsichtlich der Existenz von Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen signifikant bleibt. Hinsichtlich der Position der Befragten kommt es zu keinen unterschiedlichen Einschätzungen. In den Fachgebieten Geriatrie und Neurologie besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen eingerichtet wurden als in den anderen Disziplinen. Die Krankenhausgröße hat keinen Einfluss auf die Existenz von Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen. Demgegenüber besteht in freigemeinnützigen Häusern eher als anderswo die Neigung, Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen einzurichten.

Tabelle 21: Versorgungsformen im Krankenhaus – lineare Regression⁶¹

Versorgungsformen im Krankenhaus, Beeinflussung durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft		
Einflussvariablen	Existenz von Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen in KH	
Konstante***		0,337
Position, AssistentIn ohne FA		-
Position, AssistentIn mit FA		-
Position, OberärztIn		-
Position, leit. OberärztIn		-
Fachgebiet, Radiologie		-
Fachgebiet, Pädiatrie		-
Fachgebiet, Geriatrie		-0,200 *
Fachgebiet, Neurologie		-0,275 **
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete		-
Fachgebiet, Anästhesiologie		-
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete		-
KH mit 201-300 Betten		-
KH mit 301-400 Betten		-
KH mit 401-500 Betten		-
KH mit 501-1000 Betten		-
KH >1000 Betten		-
Trägerschaft, freigemein. Träger		0,108 **
Trägerschaft, privater Träger		-
R-Quadrat		0,057

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; **Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

61 Tabelle 21 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Geriater mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Geriatrie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Existenz von Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen in Krankenhäusern): Konstante 1,683 + Geriatrie -0,367 = 2,050. Ein Geriater mit identischen sonstigen Merkmalen arbeitet in diesem Modell demnach um 22 Prozent seltener in einem Krankenhaus mit Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen als internistische Kollegen. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier z. B.: je mehr Geriater, desto seltener existieren Abteilungen für Kurzzeit-PatientInnen in Krankenhäusern).

2.4.2 Versorgungsgeschehen

In diesem Abschnitt werden diejenigen Aspekte der Befragung analysiert, die sich auf die qualitätsrelevanten Merkmale von Versorgungsabläufen beziehen, von denen erwartet werden kann, dass sie durch die Einführung des neuen Entgeltsystems beeinflusst werden. Das DRG-System lässt erwarten, dass die Krankenhausbetreiber insbesondere über die Chefärzte versuchen werden, ökonomische Handlungsrationitäten in die medizinischen Abteilungen ihrer Häuser zu implantieren, wobei offen ist, ob nicht bereits die Budgetierung über die Einführung von Abteilungsbudgets Wirkung gezeigt hat. In der Analyse der Experteninterviews konnte bereits gezeigt werden, dass ökonomische Handlungsmaximen vor allem als diffuser Druck über die Chefärzte in die Abteilungen getragen werden (Buhr/Klinke 2006a, b). Ein internistischer Oberarzt⁶² skizziert die Veränderungen exemplarisch:

B01: Wir haben Menschen früher verwaltet, so sehe ich es. Und jetzt kriegen wir eben einen zunehmenden ökonomischen Druck, der uns wahrscheinlich in andere Richtungen bringt, leider nicht immer schön... (...), mit den DRGs hat ja auch die Budgetierung (der Abteilungen) angefangen. (...) Wenn es eben ein Minus gab, dann hat es der Staat bezahlt letztendlich. Heute ist es eben so, dass die Chefärzte zunehmend in die Verantwortung gezogen werden, und dann gibt es so Formulierungen wie ‚diese Patientin, die hat mich sowieso schon zuviel Geld gekostet.‘ Hat *mich*, Chefarzt, *mein* Geld gekostet! Ich habe einen Bruder, der ist niedergelassener Kollege, bei dem war ich am Wochenende auf einer Fortbildung, da sagte er, bei einer Patientin, die auch teuer ist in Anführungsstrichen (...), das muss *ich* alles bezahlen. Die Medikamente, die er ihr verschreibt, weil er auch budgetiert ist. Da frage ich mich, was findet da statt eigentlich? Es ist ja gar nicht *das* Geld *dieser* Leute! (OA Innere, D107, 15)

Dargestellt werden Merkmale der Notfallaufnahme, der regulären Aufnahme, Wartezeiten bis zur Aufnahme in das Krankenhaus, Güte des Pflegestandards, Höhe der Bettenauslastung, Merkmale des Entlassungsmanagements und der Patientenzufriedenheit. Da private Träger von sich behaupten, besonders effiziente und gleichzeitig besonders gute Versorgungsstrukturen zu gewährleisten, wird in diesem Kapitel erneut ein besonderes Augenmerk auf die Überprüfung dieser Variable gelegt werden.

1.1.1.4. Aufnahme

Das DRG-System begünstigt im Prinzip diejenige Einrichtung, die von der Aufnahme bis zur Entlassung den geradlinigsten und vor allem am wenigsten zeitaufwendigen Weg beschreitet. Idealtypisch ist es unter DRG-Bedingungen notwendig - schon bei der Aufnahme - den Patienten diagnostisch auf das richtige Gleis zu stellen, weshalb es von Vorteil ist, bei der Aufnahme möglichst qualifiziertes Personal einzusetzen. Es ist jedoch unklar, ob eine solche These einer Grenzkostenbewertung standhält, da z. B. die simple Unterbringung des Patienten in einem Bett nicht besonders teuer ist, während Kosten für zusätzliches qualifiziertes Personal eine ganz andere Belastung darstellen. In den Interviews wurde deutlich, dass schon so mancher Geschäftsführer diesen Umstand erkannt hat und eine Überschreitung der oberen Grenzwertweildauer mittlerweile als nicht mehr so problematisch ansieht (Buhr/Klinke 2006a, b). Ein Arzt sieht in dieser Situation sowohl Chancen als auch Risiken für die Versorgungsqualität:

62 Das Interview wurde im Frühjahr 2005 im Rahmen einer Fallstudie des WAMP-Projektes geführt.

B01: Durch diesen ökonomischen Druck kriegen wir natürlich umgekehrt jetzt schon die Möglichkeit, die Dinge voranzutreiben, zu beschleunigen. (...) Das *kann* schlecht sein, wenn es nur ökonomisch ist, aber es kann sehr wohl auch für den Patienten von positiver Seite sein, weil wir einfach schon bei Aufnahme im Prinzip uns über die Entlassung Gedanken machen müssen. Früher war es so, wir haben den Patienten aufgenommen, dann haben wir ihn diagnostiziert, dann haben wir ihn therapiert und wenn wir nicht mehr wussten, was wir machen sollen, dann haben wir gesagt, ja, jetzt entlassen wir ihn, jetzt machen wir uns mal Gedanken über die Entlassung. Ach, der muss ins Heim, gut, dann suchen wir mal einen Heimplatz. Das hat dann noch mal drei, vier, fünf Tage gedauert, je nachdem. Heute ist es so, dass man im Prinzip bei der Aufnahme sich schon Gedanken darüber machen muss, wie geht der Patient nach Hause, in welchem Zustand wird er wahrscheinlich nach Hause gehen, muss er vielleicht einen Heimplatz haben, müssen wir das gleich einladen? Und das finde ich eigentlich, auch aus Sicht des Patienten, durchaus positiv. Und diese Einstellung hat sich aus meiner Sicht allerdings nicht durchgesetzt bisher. (OA Innere, D107, 15)

Gefragt, welche Mindestqualifikation die Diensthabenden Ärzte in der Notfallaufnahme haben (Abbildung 51), wird von 43 Prozent der Befragten eingeräumt, dass diese nur AiPler sein müssen. Weitere 29 Prozent gaben an, die Diensthabenden müssten zumindest ihr AiP⁶³ abgeschlossen haben. In etwa 20 Prozent der Fälle müssen die betreffenden Ärzte zumindest bereits ein Jahr lang als Assistent tätig gewesen sein.

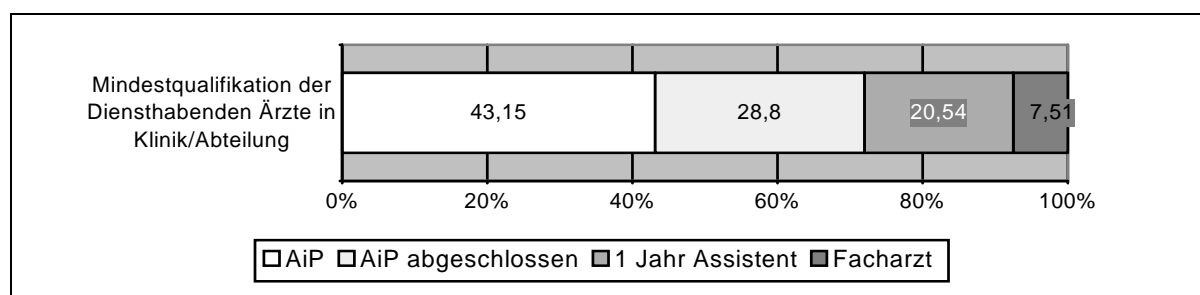
Wie wichtig es ist, qualifizierte Ärzte in der Notaufnahme zu haben, wird an folgendem Beispiel von Herzinfarkt-Patienten deutlich: Wenn ein AiPler bzw. Assistent aufgrund mangelnder Erfahrung eine falsche Diagnose stellt, vergeht wertvolle Zeit. Irreversible Schäden der Herzwand können vor allem innerhalb der ersten vier Stunden nach Infarkt verhindert werden. Zeit ist für viele Notfallsituationen ein kritischer Qualitätspunkt (BQS 2005). Hierzu die Aussage eines internistischen Oberarztes:

B01: „Und das ist ja bei diesen clinical pathways sowieso so ein Problem. (...) Man springt dann ja immer auf Züge, und wo ich dann irgendwann auch einmal sagte, ja, okay, was machen wir denn da eigentlich? Wir machen-, organisieren das, das hat ja zunächst einmal einen gewissen Reiz. Und dann habe ich eine Erfahrung gemacht. Und zwar wurden hier die Patienten unten in der Aufnahme aufgenommen. Und da gibt es nun zweierlei Möglichkeiten. Da unten ist ein Assistenzarzt, der diese Patienten aufnimmt. Und der kardiologische Chef hat dann gesagt, und es wurde dann später von den anderen internistischen Chefs sogar *schriftlich* bestätigt, dass praktisch die Aufgabe dieses Arztes dort unten *nur* ist, praktisch den Patienten zu sichten, eine Notfallversorgung zu machen und dann auf die Station zu legen. *Meine* Meinung war-, auch unter DRG-Bedingungen war oder *noch* mehr war, aus eigener, persönlicher Erfahrung; als ich meine Frau mal mit einer Frühgeburt in ein Krankenhaus brachte, habe ich eigene Erfahrungen mal gesammelt, wie das ist, eine Fehlgeburt. Dass-, diese erste halbe Stunde ist für den ganzen Aufenthalt die Entscheidende. Das ist der Punkt, wo der Patient *maximale* Angst hat, wo er *maximal* sensibilisiert ist, wo die *Angehörigen* maximal unruhig sind, wo natürlich auch die medizinische Herausforderung die größte ist. *Da* muss es funktionieren! Es ist völlig hirnrissig gewesen in der Vergangenheit, dass wir die *unerfahrensten* Ärzte dort unten hingesetzt haben. Die *angefangen* haben, die saßen da! Die DRGs fordern uns aus ökonomischen Gründen ab, dort jetzt die Besten hinzusetzen eigentlich. Auch so eine Folge dieser DRG-Einführung. Es gibt ja überall diese Aufnahmestationen mittlerweile. Da kann man ja auch beobachten, das resultiert hier jetzt ja auch so ein bisschen raus. (...) Das, was ich von den Leuten eigentlich immer abfordern würde, ist, Leute, diese erste halbe Stunde, ihr müsst maximal freundlich sein, ihr müsst schnell da sein, ihr müsst sie *gut* untersuchen. Ihr müsst den Leuten das Gefühl vermitteln, dass in dem

63 Zum Zeitpunkt der Befragung existierte diese Statusgruppe noch. Seit 2005 erhalten Ärzte direkt nach Abschluss ihrer Ausbildung ihre Approbation und werden dementsprechend als Assistenzärzte eingestellt.

Moment sie das Wichtigste für Sie in der Welt sind! Und auf der anderen Seite die Auskunft des Chefarztes, der sagte, nee, nee, nur verwalten! *Zuordnen* zu einer Abteilung, und dann passiert das schon oben auf Station. (...) Das Ergebnis war, was ich beobachten konnte, ist, dass sich-, natürlich an dem Chefarzt man sich orientiert hat. Natürlich, weil er der Chefarzt einmal ist, das ist auch klar. Zum anderen aber auch natürlich, weil es die geringere Anforderung war. Und von diesem Maßstab des Chefarztes ging man dann-, gehen ja dann noch mal 30, 40 Prozent ab. Ja? Und das ist dann Minimalversorgung. Und das kann-, unter DRG-Bedingungen läuft das an die Wand. Denn wenn Sie unter DRG-Bedingungen schon bei Aufnahmen im Prinzip die Perspektive dieses stationären Aufenthaltes haben wollen, dann müssen Sie so viel über den wissen-. Früher war zum Beispiel die Sozialanamnese-, war für uns uninteressant. Haben wir in den 14 Tagen, wo die hier liegen, hat man ja Zeit genug. Ja? Treffen wir schon irgendeinen Verwandten. Heute müssen wir wissen: Lebt der allein? Hat der jemanden, der sich um ihn kümmert? Braucht er einen Rollstuhl? Und solche Dinge. Das muss man im Prinzip schon bei der Aufnahme-. Wenn nicht, sofort den Sozialdienst anrufen. Und da merkt man natürlich schon, welchen Einfluss es hat. Aber es hat sich bisher *nicht* durchgesetzt." (OA Innere, D107, 192-196)

Abbildung 51: Notfallaufnahme, Mindestqualifikation der Dienst habenden Ärzte in Prozent (n=1284)



Nur 8 Prozent der Ärzte arbeiten in Häusern, in denen die in der Notaufnahme Diensthabenden Fachärzte sind. Insgesamt kann die Mindestqualifikation von Ärzten in der Notaufnahme aus Patientensicht in den meisten Häusern sicherlich noch deutlich verbessert werden.

In Bezug auf die reguläre Aufnahme von Patienten setzt das DRG-System ebenfalls bestimmte Anreize, viel genauer eingewiesene Patienten sofort zu überprüfen, da jetzt viel eindeutiger geregelt ist, welche Patienten stationär behandelt werden dürfen bzw. abrechnungsfähig sind und welche nicht. Durch - aus Sicht der Kassen - fälschlich stationär behandelte Patienten droht dem jeweiligen Krankenhaus derzeit häufig im Nachhinein der Totalverlust seiner bereits verausgabten Mittel (Buhr/Klinke 2006a, b). Allerdings sieht der reale Umgang der Krankenhäuser mit diesen Herausforderungen weit komplexer aus, als es der geschilderte Vorgang vermuten lässt. Dazu erneut der bereits zitierte Oberarzt⁶⁴:

B01: Das sind Patienten, die wir früher immer 14 Tage behandelt haben, ja, und dafür was weiß ich wie viel Geld bekommen haben. Und jetzt sagt der medizinische Dienst, und unter uns: zu Recht; sage ich auch zu meinem Chef dann, unter uns: zu Recht, eine stationäre Behandlung? Ja, warum habt ihr den denn aufgenommen? Sage ich, ja, Herr Mustermann, der ist in *Ihrem* Wochenenddienst gekommen. So laufen die Szenarien teilweise ab. Und da kann man nicht davon ausgehen, dass wir uns auf diese neue

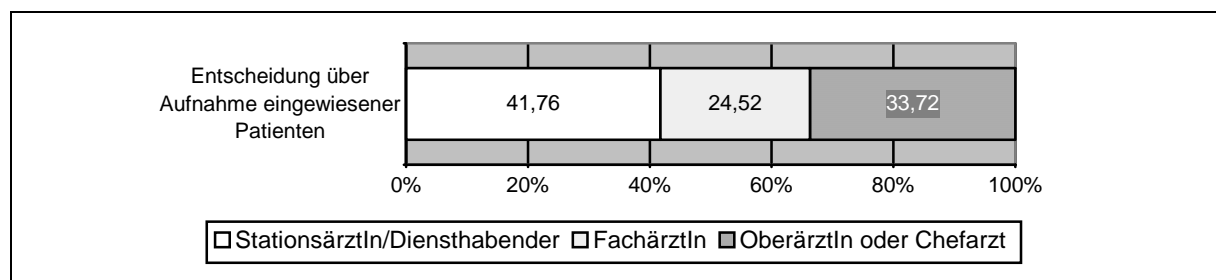
64 Angaben zu Personen und Orten sind anonymisiert.

Herausforderung adäquat eingerichtet haben. Wir haben weder ein Szenario für diese Patienten, die in unserer Aufnahmestation auflaufen, noch was wir mit denen machen, wie wir sie zum Beispiel auch abweisen, noch dass wir vielleicht im Vorfeld, um den Konfliktstoff raus zu nehmen, zu den Hausärzten sagen, hört zu, wir müssen uns anders verhalten, es tut uns leid. Da auch natürlich der Hintergedanke, aber wir probieren es erst einmal. Schauen wir doch mal. Oder es wurde jetzt zum Beispiel eine Aufnahmestation dort unten eingeführt. Da sitzt jetzt ein Facharzt unter anderem und ein erfahrener Assistenzarzt, und die kriegen die. Und deren Aufgabe wäre es zum Beispiel auch, diese Leute heraus zu filtern. Wir sind ja offiziell verpflichtet, binnen 24 Stunden zu überprüfen, ob ein Patient stationär behandelt werden muss. Und da habe ich dann zu meinem Chef gesagt, ja, wir brauchen aber doch Kriterien. Was soll denn jetzt der Kollege XY dort unten für Kriterien anlegen, wen er aufnimmt, und wen er nicht aufnimmt? Ja? Aber das weiß doch jeder!! Sage, na ja, aber das weiß nicht jeder scheinbar, denn sonst gäbe es ja (...) nichts Schriftliches. Warum? Verantwortlichkeit. Und dann habe ich gesagt, es gibt doch diese Kriterien vom Medizinischen Dienst, wonach vier Belegungsprüfungen gemacht werden, AEP, oder wie sie heißen, die Kriterien. Die habe ich dann besorgt und auch verteilt. Aber da will man gar nicht ran! Und da gibt es den schönen Spruch eines anderen Chefarztes, wo ich auch eingefordert habe, ja, was soll denn nun diese Aufnahmestation machen? Was ist denn nun die Aufgabe? Legt euch doch mal fest! Da wurde das abgewimmelt (...), das kann man nicht festlegen (...). Es ist ein *selbst lernendes System*. Gar nicht anders gelernt. So funktioniert das. Also, wir machen mal was, irgendwas, und dann gucken wir mal, was passiert. In der Vorstellung, es passiert schon nichts. Aber ich kriege dann drei, vier, fünf Monate später die Post vom Medizinischen Dienst. Und soll dann gegen argumentieren. Und dann kommt so ein Spruch wie: Na ja, schreiben Sie mal wenigstens etwas, damit die auch mal Arbeit haben. Struktur? (Oberarzt Innere, D107, 154)

Auch im Falle der regulären Aufnahme von Patienten könnte also eine höhere Qualifikation der über die Aufnahme entscheidenden Ärzte durchaus von Vorteil sowohl für das Krankenhaus als auch für den Patienten sein, allerdings aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen: Das Krankenhaus möchte keinen Patienten behandeln, der hinterher kein Geld bringt, während der Patient nicht möchte, dass ihm fälschlicherweise eine stationäre Behandlung vorenthalten wird. Über die reguläre Aufnahme eines eingewiesenen Patienten entscheidet in 42 Prozent der Fälle primär der jeweils Dienst habende Arzt. In 24 Prozent der Fälle ist hierfür primär oder alleinig ein Facharzt zuständig. In den Häusern von 34 Prozent der befragten Ärzte sind dies ein Ober- oder sogar Chefarzt, der die Entscheidung trifft, d. h. für etwa 58 Prozent der Krankenhäuser ist gewährleistet, dass zumindest qualifizierte Ärzte diese zunehmend konflikthafte Entscheidung⁶⁵ treffen.

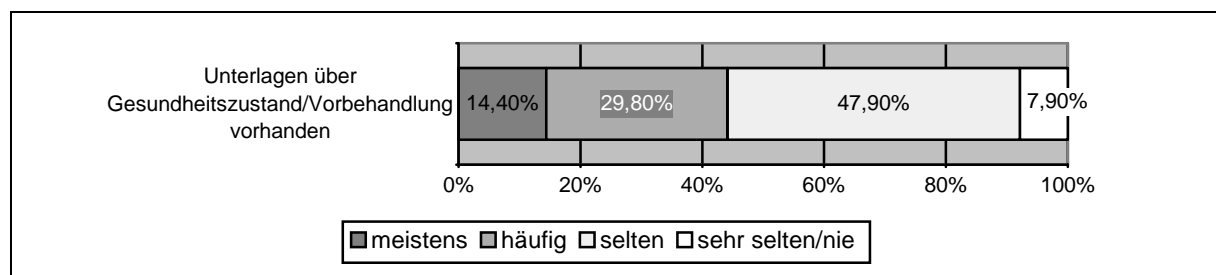
65 Wenn jedoch Chefarzte zusehends zu Managern ihrer Abteilung werden und über ökonomische Anreizsysteme zu einem Patientenbedürfnisse potenziell niedrig wertenden Verhalten verleitet werden, bietet die Qualifikation der Entscheider auch keine Gewähr dafür, dass Patienteninteressen gewahrt bleiben. Vieles hängt davon ab, ob der Arzt primär Anwalt seines Patienten bleibt oder zu einem Dienstleister wird, wo nur der zahlende Kunde ein guter Kunde ist.

Abbildung 52: Primäre oder exklusive Entscheidungsfunktion bei regulärer Aufnahme in Prozent (n=1284)



Aus ähnlichen Erwägungen heraus ist es im einem fallpauschalierten System günstig für das Krankenhaus, gleich bei Erstkontakt eine vollständige Patientenakte vorliegen zu haben, da dies die Diagnosestellung und Behandlungsdauer insgesamt verkürzen kann und überflüssige (teure) Diagnostik vermeiden hilft. Für die Patienten wäre eine vollständige Akte insofern von Vorteil, als dass es nicht zu unnötigen und belastenden Doppeluntersuchungen kommt, und sein Problem zügiger gelöst wird. In 44 Prozent der Fälle liegt eine vollständige Patientenakte häufig oder sogar meistens vor (Abbildung 53), während 56 Prozent der Ärzte selten bis nie eine vollständige Akte bei Erstkontakt vorliegen haben. Hier ist demnach noch ein großes Verbesserungspotential vorhanden.

Abbildung 53: Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme in Prozent (n=1284)



Die Korrelation des Items Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass auch hier ein klarer Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Mittels einer linearen Regression (Tabelle 22) zeigt sich (1 = selten/nie bis 4 = meistens vollständig), dass hinsichtlich der Position des Befragten unterschiedliche Einschätzungen über die Vollständigkeit der Akte vorliegen. Chefarzte haben demnach eine höhere Wahrscheinlichkeit, bei Erstkontakt eine vollständige Akte zu bekommen. In der Chirurgie und einigen Spezialgebieten (sonstige Fächer) besteht ebenfalls eine höhere Wahrscheinlichkeit auf Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt als in den anderen Disziplinen. Die Krankenhausgröße hat keinen Einfluss. In freigemeinnützigen Häusern besteht die Chance auf Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt etwas eher als anderswo.

Tabelle 22: Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme – Lineare Regression⁶⁶

Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme, Beeinflussung durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft			
Einflussvariablen	Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt, reguläre Aufnahme		
Konstante***			2,497
Position, AssistentIn ohne FA			-0,273 **
Position, AssistentIn mit FA			-0,207 *
Position, OberärztIn			-0,266 **
Position, leit. OberärztIn			-0,259 *
Fachgebiet, Radiologie			-
Fachgebiet, Pädiatrie			-
Fachgebiet, Geriatrie			-
Fachgebiet, Neurologie			-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete			0,404 **
Fachgebiet, Anästhesiologie			-
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete			0,402 **
KH mit 201-300 Betten			-
KH mit 301-400 Betten			-
KH mit 401-500 Betten			-
KH mit 501-1000 Betten			-
KH >1000 Betten			-
Trägerschaft, freigemein. Träger			0,119 *
Trägerschaft, privater Träger			0,225 **
R-Quadrat			0,048

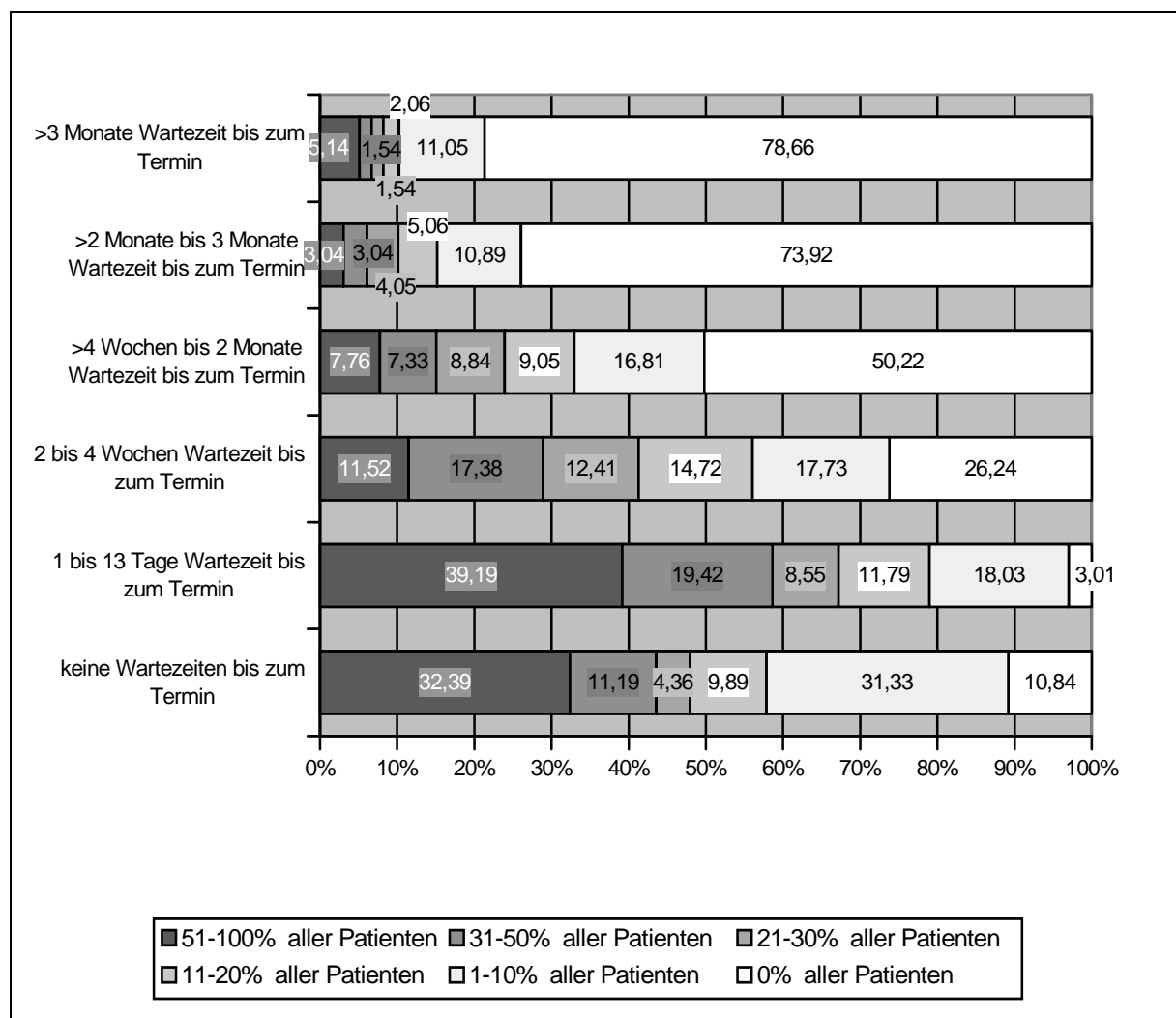
* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

66 Tabelle 22 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Chirurg mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Chirurgie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt): Konstante 2,497 + Chirurgie 0,404 = 2,901. Ein Chirurg mit identischen sonstigen Merkmalen hat in diesem Modell demnach eine um 16 Prozent höhere Chance auf Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt als internistische Kollegen. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier: je mehr Chirurg, desto häufiger Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt).

Wartelisten sind nicht erst seit der Einführung der DRGs ein potentiell Problem, sondern bereits seit Einführung der Budgetierung: Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf bis zur Aufnahme in die behandelnde Klinik. Ressourcenverknappung führt notgedrungen zu Wartezeiten, da die Häuser bestimmte Leistungsmengen mit den Krankenkassen aushandeln. Um hier Punktlandungen zu realisieren, müssen die Patientenströme unabhängig von ihrem Auftreten gesteuert werden, nämlich mittels Wartezeiten. Es handelt sich zugegebenermaßen um eine komplexe Angelegenheit, die den Kernbereich ärztlicher Kompetenz berührt, nämlich die Fähigkeit zu entscheiden, welchen Patienten gegenüber eine Wartezeit medizinisch zu vertreten ist, und wenn ja, für wie lange die notwendige Behandlung, ohne Verschlechterung der Heilungsaussichten befürchten zu müssen, aufschiebbar ist. In Kauf genommen wird in jedem Fall eine Verlängerung der Prävalenz einer gesundheitlichen Einschränkung. Strittig ist z. B., ob Schmerzen oder motorische Beeinträchtigungen dazu führen, dass finanzielle Erwägungen zurückgestellt werden, und von dem entscheidenden Arzt ein unmittelbarer Behandlungsanspruch anerkannt wird. Da die vorgehaltenen Kapazitäten in Deutschland ausreichend sind, sind Wartelisten primär ein Produkt ökonomisch-medizinischer Abwägungen (Klinke 2003a, 113).

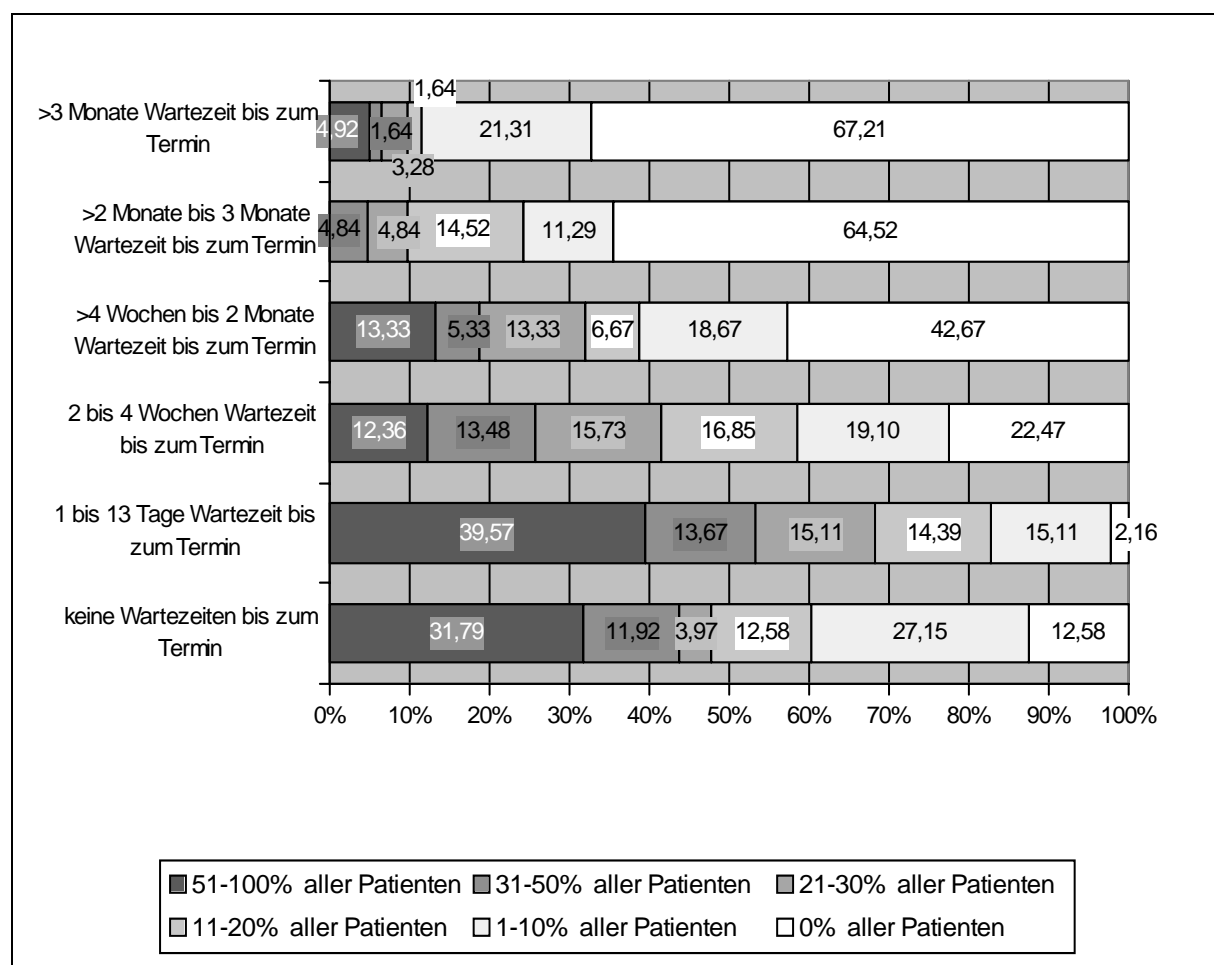
Von den befragten Ärzten geben nur 33 Prozent an, dass 51 bis 100 Prozent ihrer Patienten keine Wartezeit haben (Abbildung 54). 39 Prozent geben an, dass die meisten ihrer Patienten 1-13 Tage auf einen Termin in ihrer Abteilung warten müssen. 12 Prozent lassen ihre Patienten meist zwei bis vier Wochen warten. In den Abteilungen von acht Prozent der Befragten müssen Patienten mit einer Wartezeit von ein bis zwei Monaten rechnen, während bei drei Prozent der Ärzte durchschnittlich zwei bis drei Monate bis zum Behandlungstermin vergehen. Immerhin fünf Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass mehr als 50 Prozent ihrer Patienten mehr als drei Monate auf einen Behandlungstermin warten müssen. Diese Werte werden vor allem in einer späteren Vergleichsuntersuchung interessant, wenn es zu untersuchen gilt, ob das neue Entgeltsystem hier zu Veränderungen geführt hat.

Abbildung 54: Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf bei regulärer Aufnahme in Prozent (n=864)



Zur Sicherheit wurden die Angaben aller Ärzte anhand der Angaben der Gruppe der leitenden Ärzte überprüft, da hier ein höherer Kenntnisstand angenommen werden kann. Diese bestätigten die vorgenannten Zahlen auf beeindruckende Weise (Abbildung 55): Nur bei einer Wartezeit von ein bis zwei Monaten sind statt acht Prozent sogar 13 Prozent Ärzte der Meinung, dass die Mehrheit ihrer Patienten diese in Kauf nehmen muss, während bei zwei bis drei Monaten Wartezeit statt drei Prozent kein leitender Arzt die Mehrzahl seiner Patienten für betroffen hält.

Abbildung 55: Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf bei regulärer Aufnahme in Prozent (nur leitende Ärzte n=151)



Die Korrelation der Items Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass ein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Mittels einer linearen Regression (Tabelle 23) zeigt sich (1 = keine bis 6 = mehr als 50 Prozent der Patienten), dass hinsichtlich der Position des Befragten keine unterschiedlichen Einschätzungen über Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf vorliegen. In den Fächern sind wenig überraschend sehr unterschiedliche Angaben zu finden. Bei den hohen Wartezeiten sind die Chirurgie, Spezialgebiete (sonstige Fächer) und die Pädiatrie besonders betroffen. Die Krankenhausgröße hat keinen eindeutigen Einfluss. In privaten Häusern besteht eher als anderswo die Chance, zwei bis vier Wochen auf einen Behandlungstermin warten zu müssen als anderswo.

Auch diese Zahlen decken sich mit den qualitativen Befunden. Wartezeiten von ein bis zwei Monaten werden als hinnehmbar betrachtet und eine Tendenz zur Ausweitung von Wartezeiten bis zur Aufnahme wird als Folge der DRGs nicht ausgeschlossen. Wartezeiten gelten den Ärzten als hinnehmbar, solange eher geringe Nachteile oder Unannehmlichkeiten für die Patienten damit verbunden sind. Moralisch problematisch wird es aus ihrer Sicht erst bei Krebspatienten (Buhr/Klinke 2006a, b).

Tabelle 23: Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf, reguläre Aufnahme – lineare Regression⁶⁷

Wartezeiten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf, reguläre Aufnahme, Beeinflussung durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft						
Einflussvariablen	keine Wartezeiten bis zum Termin	1 bis 13 Tage Wartezeit bis zum Termin	2 bis 4 Wochen Wartezeit bis zum Termin	>4 Wochen bis 2 Monate Wartezeit bis zum Termin	>2 Monate bis 3 Monate Wartezeit bis zum Termin	>3 Monate Wartezeit bis zum Termin
Konstante***	4,223	4,126	2,179	1,449	1,152	1,271
Position, AssistentIn ohne FA	-	-	-	-	-	-
Position, AssistentIn mit FA	-	-	-	-	-	-
Position, OberärztIn	-	-	-	-	-	-
Position, leit. OberärztIn	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, Radiologie	-	-	-	-	-	-
Fachgebiet, Pädiatrie	-	-1,004 **	-	0,944 **	-	-
Fachgebiet, Geriatrie	-	0,820 *	-	-	-	-
Fachgebiet, Neurologie	-0,807 **	-	1,286 **	-	-	-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete	-1,129 **	-	1,469 **	1,279 **	0,805 **	0,558 **
Fachgebiet, Anästhesiologie	-	-0,595 *	0,896 **	-	-	-
Fachgebiet, sonst. Fachgebiete	-1,188 **	-	0,934 **	1,696 **	1,126 **	-
KH mit 201-300 Betten	-	-	-	-	-	-
KH mit 301-400 Betten	-	0,852 **	-	-	-	-
KH mit 401-500 Betten	-	-	-	-	-	-
KH mit 501-1000 Betten	-	0,374 *	-	-	-	-
KH >1000 Betten	-	0,471 *	-	-	-	-
Trägerschaft, freigemein. Träger	-	-	-	-	-	-
Trägerschaft, privater Träger	-	-	0,539 *	-	-	-
R-Quadrat	0,088	0,066	0,152	0,150	0,132	0,042

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; ** Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

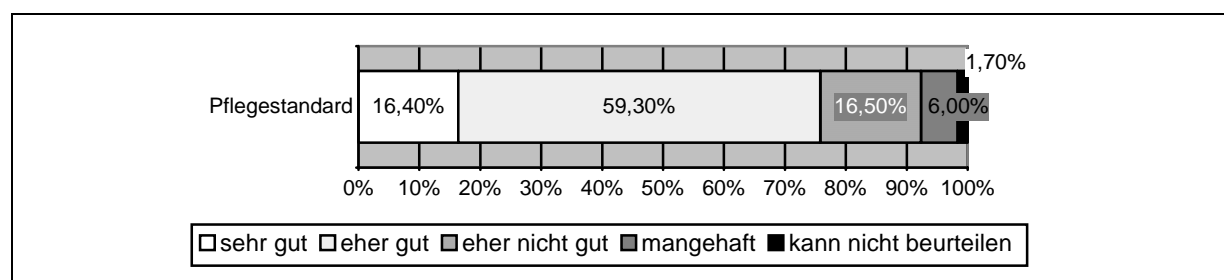
67 Tabelle 23 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Chirurg mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „Chirurgie“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Wartezeiten auf Termin bei festgestelltem Behandlungsbedarf), z. B. >3 Monate Wartezeit bis zum Termin: Konstante 1,271 + Chirurgie 0,558 = 1,829. Ein Chirurg mit identischen sonstigen Merkmalen beobachtet in diesem Modell also um 44 Prozent häufiger, dass Patienten >3 Monate bis zum Termin warten müssen als internistische Kollegen. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier: je mehr Chirurg, desto häufiger >3 Monate Wartezeit bis zum Termin).

1.1.1.5. Behandlung

Hier liegt zwar nicht der Schwerpunkt dieser Untersuchung, einige Daten wurden jedoch auch direkt zum Thema Behandlungsqualität (Psychosoziale Versorgung, Pflegestandard und Bettenauslastung) erhoben. Unter DRG-Bedingungen steht durch die Beschleunigung der Abläufe noch mehr als bisher die Ganzheitlichkeit der Behandlung in Frage. Nur 14 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass sie ihren Patienten genügend soziale und emotionale Zuwendung zukommen lassen. 52 Prozent sind zumindest eingeschränkt der Ansicht, ihren Patienten grundsätzlich soziale und emotionale Zuwendung zukommen zu lassen. Für 31 Prozent ist dies grundsätzlich eher nicht der Fall und für drei Prozent der Ärzte gar nicht. Den Pflegenden wird ebenfalls häufig attestiert, dass sie den Patienten zu wenig (32 Prozent) oder gar keine (3 Prozent) soziale und emotionale Unterstützung zu teil werden lassen.⁶⁸

76 Prozent der Ärzte beobachten in ihrem unmittelbaren Arbeitsbereich einen guten Pflegestandard (Abbildung 56), d. h. in 24 Prozent der Fälle⁶⁹ ist der Pflegestandard deutlich verbesserungswürdig. Anders ausgedrückt: In vermutlich fast einem Viertel aller bundesdeutschen Krankenhäuser möchte man als Patient nicht landen, weil sowohl der Pflegestandard nicht hoch ist und es weder ärztliche noch pflegerische Ansprechpartner gibt, die sich Zeit nehmen für Sorgen und Nöte.

Abbildung 56: Qualität der Pflege im unmittelbaren Arbeitsumfeld in Prozent (n=1284)



Die Korrelation des Items Pflegestandard mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass hier kein klarer Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich folglich kein Hinweis darauf ab, dass private Träger mehr als andere in der Lage sind, den Pflegestandard zu verbessern.

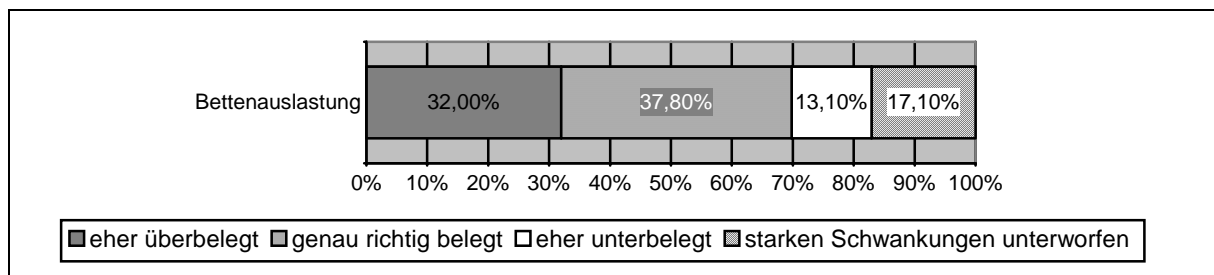
Die Bettenauslastung eines Krankenhauses wird schon seit längerem primär als wirtschaftliche Größe betrachtet. Derzeit werden Auslastungen von 80 bis 85 Prozent als optimal gehandelt. Eine höhere Auslastung ist eindeutig mit Nachteilen für die Versorgungsqualität verbunden. Dieses Optimum sieht aus Patientensicht sicherlich anders aus, da Auslastungen von nur 70 bis 75 Prozent kein Nachteil, sondern ein Vorteil wären. Die meisten Patienten würden

68 Die Zahlen sind Teil I (Klinke/Kühn 2006) entnommen und beziehen sich auf Frage 23.

69 Etwa zwei Prozent der Ärzte können den Pflegestandard in ihrem unmittelbaren Arbeitsumfeld nicht beurteilen. Sofern es sich nicht um Radiologen oder Anästhesisten handelt, ist zu fragen, aus welchem Grund sie ihn nicht beurteilen können.

vermutlich lieber mit möglichst wenigen Personen das Zimmer, den Arzt und die Pflegekraft teilen, was bei dem derzeitigen 3-Bett-Standard auf eine Auslastung von 70 Prozent hindeutet, um z. B. einen Patienten weniger im Zimmer zu haben. Immerhin 32 Prozent der Ärzte bewerten den Auslastungsgrad der letzten sechs Monate ihrer Abteilung als eher überbelegt (Abbildung 57). Weitere 17 Prozent sehen sich starken Schwankungen der Belegung ausgesetzt, d. h. nur ca. 50 Prozent der Krankenhäuser bieten ihren Patienten eine unproblematische Auslastung.

Abbildung 57: Bettenauslastung in Prozent (n=1284)



Die Korrelation des Items Bettenauslastung mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft ergab, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich also kein Hinweis darauf ab, dass private Träger ihre Häuser in dieser Hinsicht besser optimieren können als andere.

1.1.1.6. Entlassung

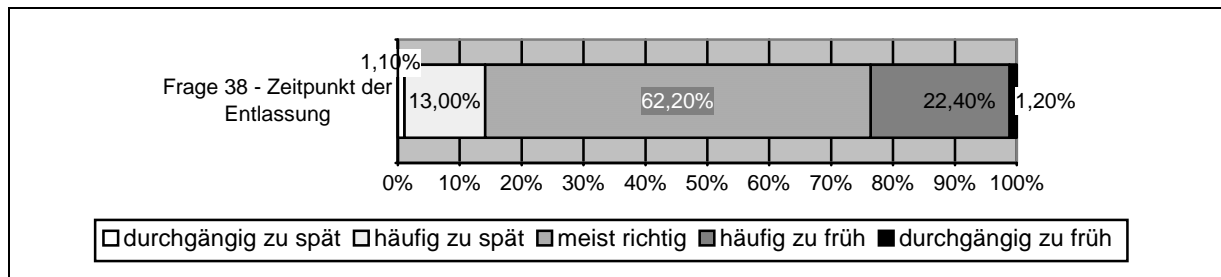
Das DRG-System fördert über die pauschale Bezahlung eine Liegezeitverkürzung, die neue Herausforderungen für die Organisation der poststationären Versorgung schafft, da der Heilungsprozess mehr als bisher in den ambulanten oder in den Reha-Bereich verschoben wird. Hier entsteht ein neuer und weitgehend unkontrollierter Verschiebeparkplatz. Die Auswertung der qualitativen Interviews mit Krankenhausärzten hat ergeben, dass diese Schnittstellenproblematik derzeit möglicherweise zu großen verdeckten Versorgungsproblemen geführt hat (Buhr/Klinke 2006a, b). Ein internistischer Oberarzt schildert exemplarisch die Problematik:

B01: Zunächst einmal, eine Folge ist, dass bestimmte kostenträchtige Leistungen zunehmend aus dem stationären Bereich ausgelagert werden. Zum Beispiel die Röntgenleistungen, CT, MRCP, MRC werden teilweise dann dem Hausarzt, wenn Sie so wollen, aufs Auge gedrückt. Wir machen das, was wir machen, was wir haben, und diese Untersuchung, die wir dann dem Radiologie-Institut bezahlen müssten, wenn wir es machen lassen, sagen wir, nee, er soll nach Hause gehen, und empfehlen dann, diese Untersuchung ambulant zu machen. ... Also, es kommt jemand wegen Bauchschmerzen, wir machen Sono, Gastro, Kolo, dann geht der Patient wieder nach Hause, wir haben nichts gefunden, empfehlen ein CT 'Abdomen'. Damit es unser Budget nicht belastet, sagen wir "ambulant". Das belastet dann das Budget des Hausarztes. Gut. Ja? (OA, D107, 140)

Interessant ist, dass trotz ursprünglich ökonomisch motivierter Veränderungen des Entlassungsverhaltens wirtschaftliche Ineffizienzen gefördert werden, die außerdem eindeutig zu

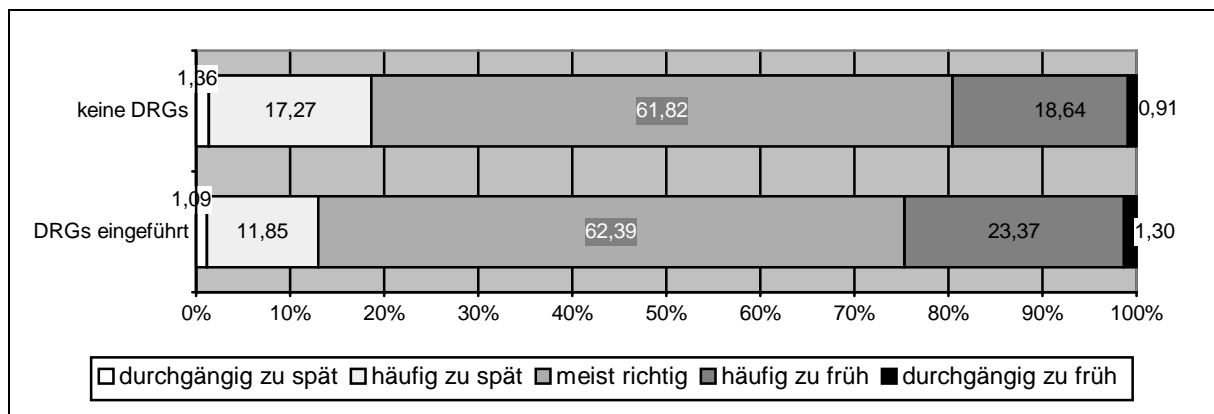
Lasten der Versorgungsqualität gehen. Unter dem Strich bleibt die Frage, ob das ursprüngliche Ziel einer Ertragsverbesserung überhaupt erreicht wurde. Die Befragten geben an, dass der Entlassungszeitpunkt derzeit nur in 13 Prozent der Fälle zu spät ist (Abbildung 58), aber dafür in 21 Prozent der Fälle zu früh, d. h. etwa 66 Prozent der Patienten können damit rechnen, meist zum richtigen Zeitpunkt entlassen zu werden - ein verbesserungswürdiger Tatbestand.

Abbildung 58: Entlassungszeitpunkt in Prozent (n=1284)



Die Korrelation des Items Entlassungszeitpunkt mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein bedeutsamer Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich demnach kein Hinweis darauf ab, dass private Träger anders entlassen als andere – dies deutet auf eine gewisse Ausreizung des Entlassungszeitpunktes hin, oder es hat schlicht nie ein signifikanter Unterschied bestanden.

Abbildung 59: Entlassungszeitpunkt und DRGs in Prozent (n=1284)



Da der Entlassungszeitpunkt eigentlich das steuerungslogische Kernelement der Einführung der DRGs für Krankenhausbetreiber ist, und er auch bis zu einem gewissen Punkt unmittelbar geändert werden kann, wurde untersucht, ob bereits Unterschiede zwischen Häusern, die unter DRG-Bedingungen abrechnen und solchen, die es noch nicht tun, messbar sind (Abbildung 60). Dies ist tatsächlich der Fall und zwar primär im Hinblick auf eine Reduzierung der verspäteten Entlassungen bei gleichzeitiger Steigerung des Anteils der zu früh Entlassenen: Die politisch beabsichtigte Verbreiterung des Anteils derjenigen, die zum richtigen Zeitpunkt ent-

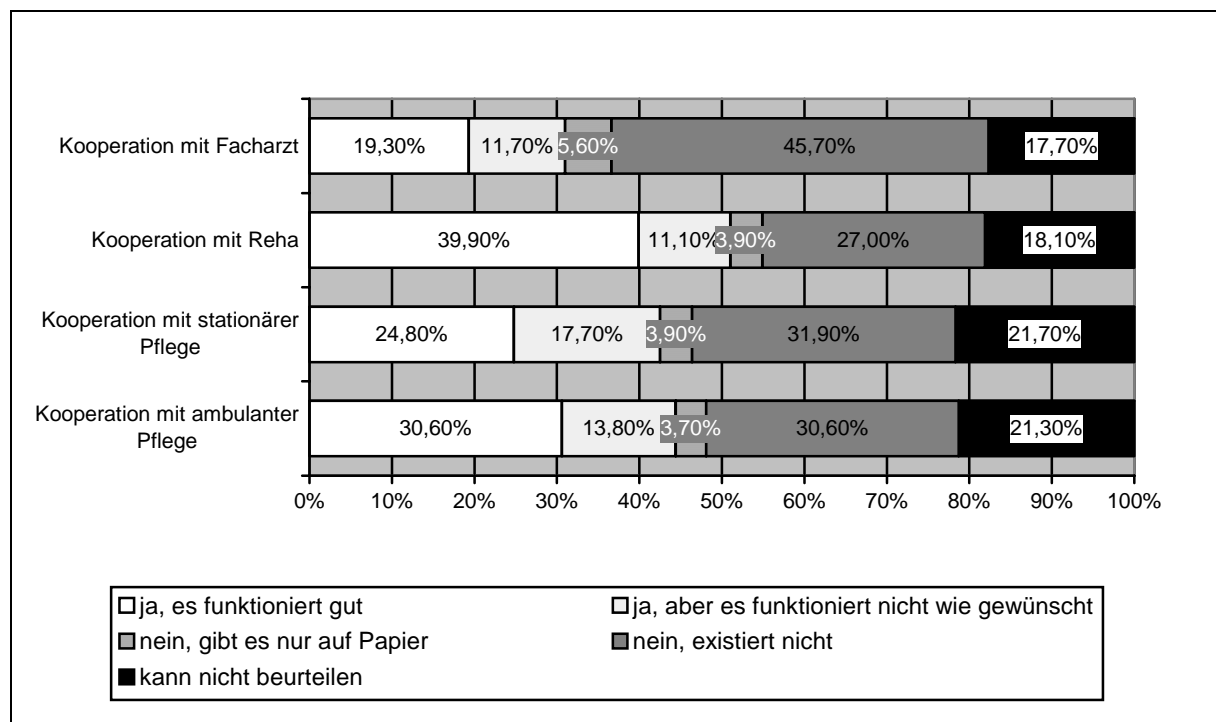
lassen werden, zeichnet sich also bisher nicht ab. Stattdessen muss mit einer zunehmenden Belastungen für nachgeordnete Versorgungssysteme gerechnet werden.

Die Frage nach der Art des Entlassungsmanagements ist vor allem insofern von Bedeutung, als dass unter DRG-Bedingungen der Heilungsprozess außerhalb des Krankenhauses abgeschlossen wird. Der behandelnde Krankenhausarzt ist nur noch über ein funktionierendes Entlassungsmanagement und Sektorengrenzen übergreifende Kooperationen in der Lage, das Endergebnis seiner Bemühungen beurteilen zu können. Dies kann er nur, indem er standardmäßig ein Feedback der nachgeordneten Versorger erhält. In den Häusern von 55 Prozent der Befragten wird mit Reha-Einrichtungen im Rahmen von Entlassungs- oder Überleitungsmanagement kooperiert (Abbildung 60), aber es funktioniert nur in 40 Prozent der Fälle gut. Mit ambulanter Pflege wird in den Abteilungen von 48 Prozent der Befragten kooperiert, und in 31 Prozent der Fälle funktioniert diese Zusammenarbeit ebenfalls gut. 46 Prozent der Befragten geben an, dass ihre Abteilung/Klinik mit Einrichtungen der stationären Pflege kooperiert, aber nur in 25 Prozent der Fälle wird gut zusammengearbeitet. Die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten funktioniert am Schlechtesten:

B01: Wie gesagt, das wird schon verlagert, und es ist manchmal so ein bisschen beklemmend, weil man manchmal vielleicht seinen Job nicht zu Ende macht aus diesen ökonomischen Gründen. Und wir hatten gesagt, das sind Entscheidungen vom runden Tisch, von Leuten, wo ich nicht weiß, ob die wissen, wie das abläuft. Prinzipiell ist natürlich diese Verzahnung schon gewollt. Aber sagen wir mal so, wenn Patienten reinkommen, wünscht man sich immer, dass der Hausarzt uns anruft. Der eine macht es, der andere macht es nicht. Sie kriegen Einweisungsscheine, da stehen irgendwelche Diagnosen drauf, nur nicht, worum es geht. Und für den Computerausdruck ist das da. Steht da irgend etwas, Osteoporose, kommt zwar mit einem Magen-Darm-Infekt, aber in dieser Software des Hausarztes war eben die Osteoporose als Dauerdiagnose eben-, falschen Knopf gedrückt, oder weiß der Kuckuck was. Da kann ja nicht von Zusammenarbeit die Rede sein. Umgekehrt, wenn wir jemanden raus schicken, das muss man den Kollegen auch erst beibringen, dass man mal mit den Niedergelassenen spricht. Dann rufst du an, wenn du den Falschen erwischst, der gerade ein Schreiben von der KV-, der faltet dich dann erst einmal zusammen. Und außerdem lässt er sich ja vom Jungassistenten nun schon gar nichts sagen, wo er doch schon 20 Jahre da draußen in der Hausarztpraxis ist. Solche Dinge spielen da ja auch noch eine Rolle. Ja? (OA Innere, D107, 152)

Nur in den Einrichtungen von 31 Prozent der Befragten wird systematisch mit Niedergelassenen zusammengearbeitet, und nur in 18 Prozent der Fälle wird diese Zusammenarbeit als gut eingestuft. Unter DRG-Bedingungen können derzeit also vermutlich weniger als die Hälfte der Patienten mit einer koordinierten und überprüften Weiterbehandlung außerhalb des Krankenhauses rechnen.

Abbildung 60: Entlassungsmanagement in Prozent (n=1284)



Die Korrelation der vier Items zum Entlassungsmanagement mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich also kein Hinweis darauf ab, dass private Träger besser mit den wachsenden Schnittstellenproblemen des DRG-Systems fertig werden als die Häuser anderer Träger. Die aus den qualitativen Befunden bekannte Schnittstellenproblematik zeigt sich also auch äußerst nachdrücklich in den quantitativen Daten und kann daher als bestätigt angesehen werden. Hier herrscht ein immenser versorgungspolitischer Handlungsbedarf, der allmählich auch erkannt wird: Welche Folgen die Verlagerung von Leistungen in den ambulanten Bereich genau hat, rückt derzeit zusehends in den Fokus von Krankenkassen und MDK, so geäußert von Ralf Sjuts, Vorstandsvorsitzendem der Deutsche BKK, auf einer Podiumsdiskussion am 20.10.2006 in Nürnberg sowie von anderen auf dem Abschlussplenum der BQS Ergebniskonferenz am 07.11.2006 in Berlin. Gefordert wird eine Sektorengrenzen übergreifende Qualitätssicherung, ohne die künftig Qualitätssicherung nicht möglich sei. Da unter DRG-Bedingungen der Patient bereits in einem nicht geheilten Zustand aus dem Krankenhaus entlassen wird, entziehen sich auftretende Komplikationen weitgehend der Statistik, weil im niedergelassenen Bereich solche Daten bisher nicht erhoben werden. Der ambulante Bereich unterliegt jedoch schon länger und noch stärker ökonomischen Zwängen als der stationäre Sektor, weshalb z.B. eine medikamentöse Unterversorgung von aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten durch niedergelassene Ärzte vermutet werden muss (Beispiel Patienten mit Gefäßimplantaten und deren Versorgung mit Marcumar).

2.4.3 Patientenzufriedenheit

Es ist damit zu rechnen, dass die Patientenzufriedenheit unter DRG-Bedingungen abnehmen wird, da Ärzte und Pflegekräfte immer weniger Zeit haben werden, um sich mit ihnen zu befassen. Darüber hinaus muss mit einer verstärkten Binnendifferenzierung von Patientengruppen ausgegangen werden: der Unterscheidung von Privatpatient und Kassenpatient. Viele der interviewten Ärzte sind der Meinung, dass Privatpatienten zunehmend unter einer Überversorgung zu leiden haben, weil Chefärzte und Häuser Verdienstaufschläge mit ihnen kompensieren, während Kassenpatienten, außer unter Narkose, keinen Arzt zu Gesicht bekommen. Diese Entwicklungen existieren wahrscheinlich bereits seit einiger Zeit (Buhr/Klinke 2006b, a; Klinke 2003a; Simon 2001).

Unter DRG-Bedingungen kann man damit rechnen, dass die Krankenhäuser verstärkt und systematisch die Patientenzufriedenheit erfassen werden. Einerseits, um sich im Wettbewerb um Patienten als serviceorientiertes Unternehmen zu präsentieren. Andererseits, um intern Maßstäbe zu haben, prüfen zu können, wo es vielleicht hapert. Außerdem werden die gesetzlich geforderten Qualitätsüberprüfungen derzeit häufig über Zertifizierungen (z. B. KTQ) umgesetzt, die zumindest irgendeine Form von Patientenbefragung beinhalten. Gefragt, ob es in ihrem Haus einen Beauftragten für Patientenzufriedenheit gibt, antworteten 82 Prozent mit ja (Abbildung 61). In 72 Prozent der Fälle wird dieser auch genutzt.

Abbildung 61: Beschwerdemanagement in Prozent (n=1284)

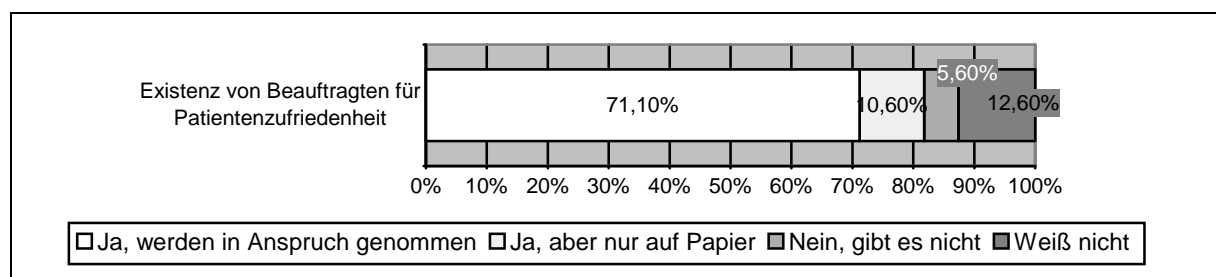
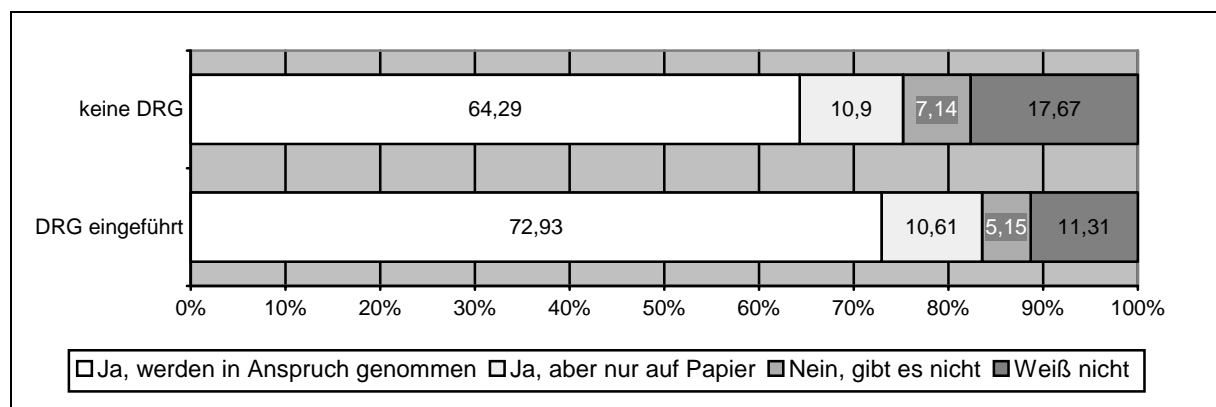


Abbildung 62: Existenz von Beschwerdemanagement und DRGs in Prozent (n=1284)



Die Korrelation des Items Beschwerdemanagement mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich demnach kein Hinweis darauf ab, dass private Träger stärker eine an den Interessen der Patienten ausgerichtete Organisationsentwicklung betreiben als andere Träger. Vergleicht man jedoch zwischen Häusern, die unter DRG-Bedingungen abrechnen und solchen, die es noch nicht tun, zeigen sich bereits erwartete Effekte: In DRG-Häusern trifft man mittlerweile häufiger Beauftragte für die Patientenzufriedenheit an (Abbildung 62). Patientenbefragungen zur Bewertung des Krankenhausaufenthaltes werden in 72 Prozent der Kliniken durchgeführt (Abbildung 63). Dieser Wert deckt sich auffällig mit der Anzahl der genutzten Beauftragten für die Patientenzufriedenheit.

Abbildung 63: Patientenbefragung im Krankenhaus in Prozent (n=1284)

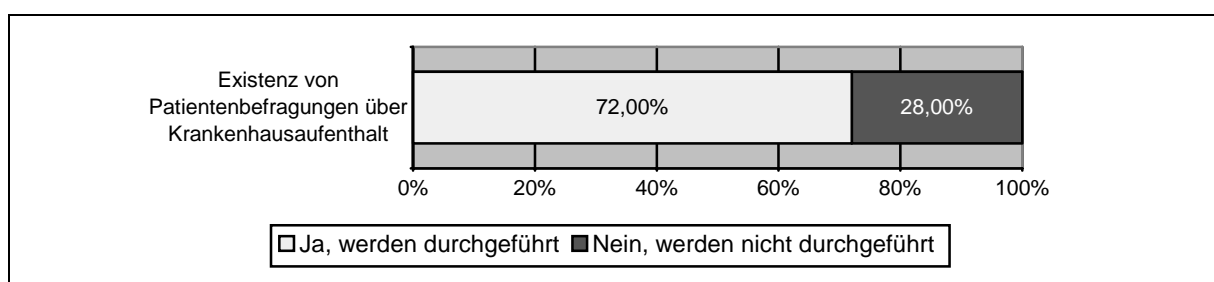
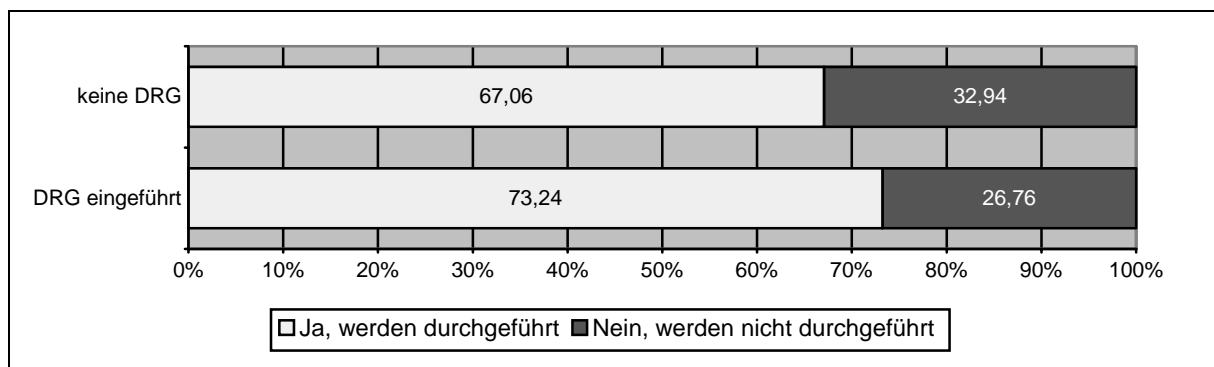


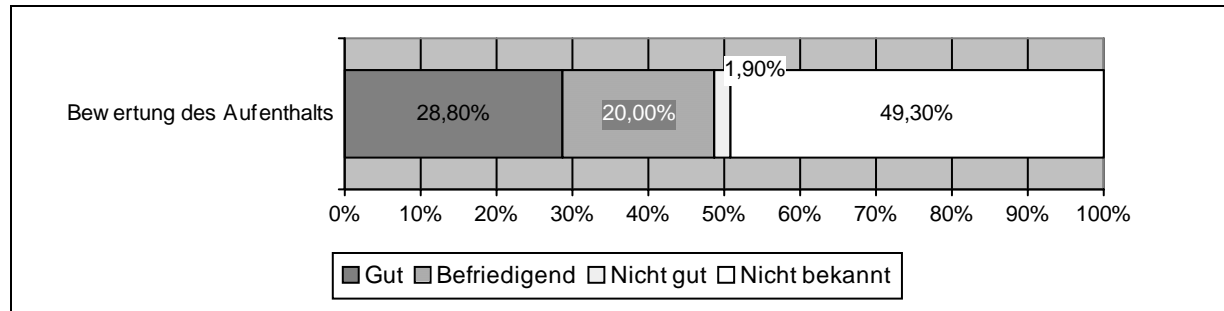
Abbildung 64: Patientenbefragung im Krankenhaus und DRGs in Prozent (n=1284)



Die Korrelation des Items Patientenbefragung mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass kein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Es zeichnet sich also kein Hinweis darauf ab, dass private Träger stärker an einer konkreten Messung der Patientenzufriedenheit interessiert sind als andere Träger. Vergleicht man jedoch zwischen Häusern, die unter DRG-Bedingungen abrechnen und solchen, die es noch nicht tun, zeigen sich erwartete Effekte, nämlich dass in DRG-Häusern offensichtlich häufiger Patientenbefragungen durchgeführt werden (Abbildung 64). In diesen Befragungen wurde nur in 28 Prozent der Fälle der Aufenthalt mit ‚gut‘ bewertet (Abbildung 65). In 21 Prozent der Fälle erreichte die Bewertung nur ein ‚befriedigend‘. Zwei Prozent der Ärzte

räumten ein, dass die Bewertung ‚nicht gut‘ war, und erstaunliche 49 Prozent hatten keine Ahnung, wie die Befragungen überhaupt bewertet wurden. Dieser Wert deutet auf einen geringen Stellenwert der Patientenbefragungen hin.

Abbildung 65: Patientenzufriedenheit in Prozent (n=1016)



Die Korrelation des Items Patientenbewertung des Aufenthalts mit Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft hat ergeben, dass ein signifikanter Zusammenhang mit der Art der Trägerschaft besteht. Mittels einer linearen Regression (Tabelle 24) zeigt sich (1 = nicht gut bis 3 = gut), dass hinsichtlich der Position des Befragten, Oberärzte die Bewertungen von Patienten negativer wahrnehmen als ihre Kollegen. In den Fächern sind keine signifikant unterschiedlichen Angaben zu finden. Die Trägerschaft hat ebenfalls keine systematischen Auswirkungen auf die Patientenzufriedenheit. Allerdings neigen Patienten in Großkrankenhäusern dazu, ihren Aufenthalt negativer zu bewerten als anderswo. Ob dies an der höheren Fallschwere liegt oder an der schlechteren Versorgungsqualität, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Tabelle 24: Patientenzufriedenheit – lineare Regression (n=510)⁷⁰

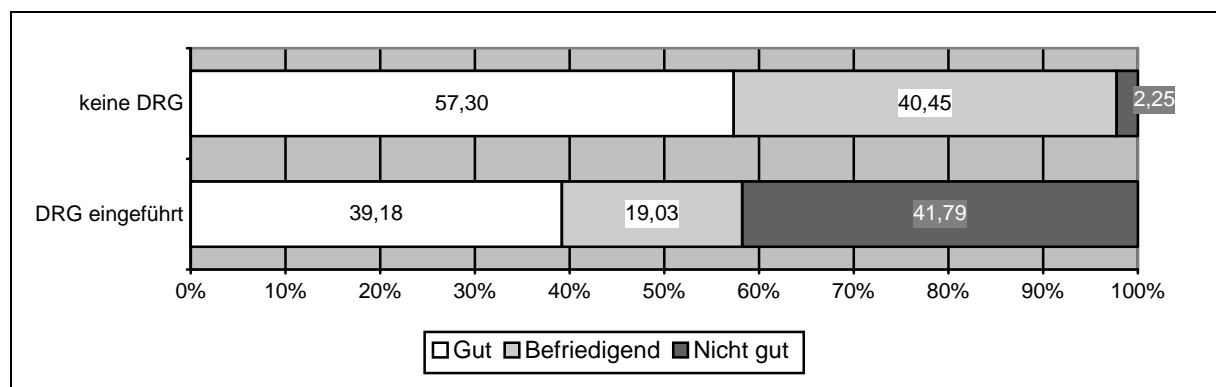
Patientenwertung, Beeinflussung durch Position, Fachgebiet, Krankenhausgröße und Trägerschaft			
Einflussvariablen	Bewertung des Aufenthalts		
Konstante***			2,738
Position, AssistentIn ohne FA			-
Position, AssistentIn mit FA			-
Position, OberärztIn			-0,191 *
Position, leit. OberärztIn			-
Fachgebiet, Radiologie			-
Fachgebiet, Pädiatrie			-
Fachgebiet, Geriatrie			-
Fachgebiet, Neurologie			-
Fachgebiet, chirurg. Fachgebiete			-
Fachgebiet, Anästhesiologie			-
Fachgebiet, sonstige Fachgebiete			-
KH mit 201-300 Betten			-
KH mit 301-400 Betten			-
KH mit 401-500 Betten			-
KH mit 501-1000 Betten			-
KH >1000 Betten			-0,278 **
Trägerschaft, freigemein. Träger			-
Trägerschaft, privater Träger			-
R-Quadrat			0,064

* Irrtumswahrscheinlichkeit <1%; **Irrtumswahrscheinlichkeit <5%; *** Die Konstante setzt sich zusammen aus: Chefarzt (Position), internistische Fachgebiete (Fachgebiet), öffentlicher Träger (Trägerschaft) und bis 200 Betten (Krankenhausgröße).

70 Tabelle 24 ist wie folgt zu betrachten: Der Koeffizient der Konstante setzt sich additiv aus den einzelnen Werten der in ihr zusammengefassten Merkmalsausprägungen zusammen (hier: Chefarzt + internistische Abteilung + bis 200 Betten + öffentlicher Träger). Will man z. B. wissen, welchen relativen Wert ein Chirurg mit identischen sonstigen Eigenschaften aufweist, nimmt man den Wert für „OberärztIn“ und addiert ihn zur Konstanten hinzu. Da die Werte sowohl positiv als auch negativ sein können, verstärken oder vermindern sie die resultierende Disposition der betrachteten Eigenschaftsgruppe mit der untersuchten abhängigen Variablen (hier: Bewertung des Aufenthalts): Konstante 2,738 + OberärztIn - 0,191 = 2,547. Ein Oberarzt mit identischen sonstigen Merkmalen beobachtet in diesem Modell demnach um 7 Prozent weniger positive Bewertungen als internistische Kollegen. Die etwas künstliche formale Lesart lautet: je mehr bzw. weniger einer unabhängigen Merkmalsausprägung, desto mehr bzw. weniger einer abhängigen Merkmalsausprägung (hier: je mehr Oberarzt, desto weniger positive Bewertung des Aufenthalts).

Vergleicht man abschließend zwischen Häusern, die unter DRG-Bedingungen abrechnen und solchen, die es noch nicht tun, zeigen sich keine eindeutigen Effekte (Abbildung 66): In DRG-Häusern bewerten Patienten ihren Aufenthalt häufiger mit ‚gut‘, jedoch auch häufiger mit ‚nicht gut‘. Diese Polarisierung reflektiert eventuell Unterschiede zwischen Gewinnern und Verlierern des DRG-Systems, doch weitere Erhebungen im Zeitverlauf müssen zeigen, ob eine solche Polarisierung sich als DRG-Effekt bestätigt.⁷¹

Abbildung 66: Patientenzufriedenheit und DRGs, Bewertung des Aufenthalts in Prozent (n=1284)



2.4.4 Zusammenfassung Versorgungsqualität

Unter DRG-Bedingungen kommt dem Aufnahmevergange und besonders der Diagnose erhöhte Bedeutung zu: Um trotz Zeitdruck und Ressourcenschonung zügig und zutreffend über Aufnahme und Diagnose zu befinden ist der Einsatz von besonders qualifizierten und erfahrenen Ärzten notwendig. 43 Prozent der befragten Ärzte geben jedoch an, in ihrem Haus sei bei der Notaufnahme als Mindestqualifikation der AiP-Status ausreichend. Nur 8 Prozent sagen, in ihrem Erfahrungsbereich sei der Facharztstatus obligatorisch für die Diensthabenden. Auch bei der regulären Aufnahmeroutine fallen wichtige Entscheidungen. Wird z. B. die Aufnahme von den Kassen nicht akzeptiert, drohen finanzielle Verluste. Auffällig ist der im Vergleich zur Notaufnahme höhere Status der entscheidenden Ärzte: in 24 Prozent der Fälle entscheidet primär oder alleine ein Facharzt, in 34 Prozent ein Ober- oder Chefarzt, d. h. etwa 58 Prozent der Krankenhäuser sorgen dafür, dass qualifizierte Ärzte diese wirtschaftlich bedeutende Entscheidung treffen. Wenn eine Patientenakte beim Erstkontakt vollständig vorliegt, können Arbeitsabläufe geplant und verbessert und die Verweildauer verkürzt werden: In 44 Prozent der Erstkontakte ist das häufig oder sogar meistens der Fall, bei 56 Prozent selten bis nie. Wartelisten für Patienten mit festgestelltem Behandlungsbedarf werden seit Einführung der Budgetierung thematisiert: 12 Prozent der Ärzte berichten über Wartezeiten von durchschnittlich zwei bis vier Wochen, acht Prozent von ein bis zwei Monaten, drei Prozent von zwei bis

71 Nicht auszuschließen ist auch der Fall, dass die DRG-Verlierer vom Krankenhausmarkt verschwinden, weil diese Häuser geschlossen werden und somit in Erhebungen auch nicht mehr auftauchen.

drei Monaten bis zum Behandlungstermin. Fünf Prozent der Befragten geben an, dass mehr als 50 Prozent ihrer Patienten mehr als drei Monate auf einen Behandlungstermin warten müssen. Diese Werte werden vor allem in einer späteren Vergleichsuntersuchung interessant. Entscheidend wird hier die künftige Betten- bzw. Kapazitätsauslastung sein: 32 Prozent der Ärzte gaben an, ihre Abteilung sei im letzten halben Jahr eher überlegt gewesen, 17 Prozent berichten von starken Schwankungen, für ca. 50 Prozent gibt es auf diesem Gebiet keine Probleme. Die Fallstudien (Buhr/Klinke 2006a, b) zeigen, dass die Auslastung von Betten stark von den Gepflogenheiten des jeweiligen Chefarztes abhängt: Manche sehen in den DRGs die Aufforderung zu industrieller Produktion und machen z.B. so viele Hüften, dass sie „blutig“ entlassen werden müssen, weil Betten fehlen. Für 24 Prozent der Ärzte ist der Pflegestandard in ihrer Abteilung deutlich verbesserungswürdig. 32 Prozent der Ärzte nehmen mittlerweile einen starken Einfluss der Krankenkassen auf die Behandlungsentscheidungen in ihrer Abteilung oder Station wahr. Den Einfluss der Verwaltung schätzen 25 Prozent ebenfalls als stark ein. In privaten Häusern ist dies deutlich häufiger so, als in Häusern mit anderer Trägerschaft.

Ein Ziel der Einführung eines DRG-Systems war die Liegezeitverkürzung: 2004 wurde der Entlassungszeitpunkt für 13 Prozent der Fälle als zu spät und für 21 Prozent der Fälle als zu früh betrachtet. In Häusern, die bereits unter DRG-Bedingungen abrechneten werden nach der Einschätzung der Ärzte deutlich weniger Patienten zu spät, und mehr Patienten zu früh entlassen. Der Anteil derjenigen, die zum richtigen Zeitpunkt entlassen werden, blieb unverändert. Je früher das Genesungsstadium der Patienten bei der Entlassung, desto wichtiger wird das Entlassungsmanagement: 55 Prozent der Ärzte kooperieren mit Reha-Einrichtungen im Rahmen von Entlassungs- oder Überleitungsmanagement, in 40 Prozent wird das als gut eingeschätzt. Mit ambulanter Pflege kooperieren Abteilungen in 48 Prozent (31 Prozent "gut") 46 Prozent kooperieren mit Einrichtungen der stationären Pflege (25 Prozent "gut"). Nur in den Abteilungen von 31 Prozent der Befragten wird systematisch mit niedergelassenen Ärzten zusammengearbeitet, was nur von 18 Prozent als "gut" eingestuft wird. Durchgängig hat sich damit bestätigt, was bereits die qualitativen Befunde nahe legten (Buhr/Klinke 2006a, b): Die Entlassung aus dem Krankenhaus ist weitgehend ein Black-Box-Verfahren. Zwar vermittelt der Sozialdienst Hilfen, aber es existieren nur sporadisch Feedback-Schleifen, was aus den Patienten geworden ist, wobei den Krankenhausärzten durchaus bewusst ist, dass die Versorgungssituation im ambulanten Bereich schlechter und teilweise schlicht unzureichend ist.

3 Zusammenfassung aller Befunde

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen, das berufliche Selbstverständnis und die Versorgungsqualität besteht ein direkter Zusammenhang mit einer Ressourcenverknappung, die durch anhaltende Budgetierung und das neue Entgeltsystem ausgelöst wurde. Diese Zusammenhänge konnten anhand der Experteninterviews nachgewiesen werden. Die quantitativen Daten beschreiben daher den Zustand der stationären Versorgung unter DRG-Bedingungen, selbst wenn keine Längsschnittdaten präsentiert werden. Hinsichtlich einiger Fragenkomplexe im Bereich des beruflichen Selbstverständnisses und der Versorgungsqualität wurden außerdem bereits Zusammenhänge mit DRGs und wirtschaftlicher Lage des Hauses abgefragt. Im Einzelnen kann festgestellt werden:

Arbeitsbedingungen

In Bezug auf die Arbeitsbedingungen der Ärzte wird in den Interviews berichtet, dass als direkte Folge der DRG-Einführung der Umfang administrativer Tätigkeiten zugenommen hat. Bedingt durch die neue Arbeit der Verschlüsselung, Qualitätsdokumentationen und wachsende Notwendigkeit Behandlungsentscheidungen gegenüber Kassen und MDK zu begründen, wird Arbeitszeit gebunden was tendenziell zu Lasten der Patientenversorgung geht, weil weniger Zeit für notwendige Gespräche zur Verfügung steht. Die meisten Ärzte verbringen 3-6 h täglich mit medizinischen Tätigkeiten, während administrative Aufgaben 2-3 h pro Tag in Anspruch nehmen. Durchschnittlich verbringen Ärzte 4,3 h je Arbeitstag mit medizinischen Tätigkeiten, gefolgt von 2,1 h administrativen Tätigkeiten, 1,4 h Patienten-/Angehörigengesprächen und 1,2 h Verfassen von Arztbriefen, 0,6 h Literaturstudium sowie 0,5 h Forschungsarbeiten. Festzuhalten bleibt, dass derzeit zwei Stunden medizinische Arbeit im engeren Sinne durchschnittlich etwa eine weitere Stunde administrative Arbeit nach sich ziehen. In Bezug auf die Krankenhausgröße zeigt sich, dass KH mit über 1000 Betten ihre Ärzte überdurchschnittlich mit administrativen Aufgaben belasten, während in KH mit 201-300 Betten der administrative Aufwand am geringsten ist. Leitende Ärzte verwenden einen besonders hohen Anteil ihrer Arbeitszeit für administrative Aufgaben. Leitende Oberärzte leisten sogar einen höheren Anteil als Chefärzte – sowohl für sich allein als auch im Verhältnis zur medizinischen Tätigkeit betrachtet. Diese Mehrbelastung liegt bei ca. 30 Prozent und ist hochsignifikant. Der Einfluss der Krankenhausgröße auf die Dauer administrativer Tätigkeiten ist ebenfalls hoch (je größer desto mehr: max. +17 Prozent). Dieser Einfluss ist bisher eindeutiger und bedeutsamer als der Einfluss der Trägerschaft.

In den Interviews wurde deutlich, dass auch Ärzte im Zuge der DRG-Einführung von Personaleinsparungen betroffen sind, wenn auch in geringerem Maß als die Pflege. Zumindest wurde kein Ausgleich für die zusätzlichen patientenfernen Tätigkeiten geschaffen. Ein Ausgleich der geschilderten Belastung durch Rationalisierung der Arbeitsabläufe oder durch Einführung einer digitalisierten Patientenakte, konnte bisher nicht erreicht werden. 52 Prozent der Befragten sehen ihren Alltag geprägt von Auseinandersetzungen mit Krankenkassen,

MDK und Versicherungen. Der Aussage, dass die Arbeit im KH mit andauernd hohem Zeitdruck verbunden ist, wurde von 87 Prozent der Befragten zugestimmt. Direkt gefolgt von der Aussage, die Arbeit im KH ist von zu vielen administrativen Tätigkeiten begleitet. Um die 70 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass es zu viele störende Unterbrechungen gibt und chronischer Ärztemangel herrscht. Organisatorische Abstimmungsprobleme werden von 60 Prozent als zutreffend angesehen. Interessant ist, dass selbst leitende Oberärzte noch eine recht hohe Neigung besitzen, ihren Vorgesetzten ungenügende Organisationsfähigkeit zu attestieren. Zusammen mit den Werten der Assistenzärzte deutet also einiges darauf hin, dass hier vor allem die Chefärzte gemeint sind. In größeren Häusern ist die Chance, mit negativen Arbeitsbedingungen konfrontiert zu sein, etwas höher als in kleineren Einheiten. Insbesondere Zeitdruck, störende Unterbrechungen, organisatorische Abstimmungsprobleme, unregelmäßige Arbeitszeiten, Organisationsmängel des Hauses und hohe Personalfuktuation prägen in Großkrankenhäusern stärker den Alltag als anderswo. Durchgängig werden sämtliche Kooperationsformen von leitenden Ärzten wesentlich stärker genutzt, als von ihren KollegInnen. Insbesondere fällt auf, dass diagnose- und behandlungsbezogene Informationen seitens des Qualitätsmanagements/Stabsstellen und Verwaltung/Geschäftsführung primär von leitenden Ärzten wahrgenommen werden. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass diese Informationen zwar Versorgungsentscheidungen auf Chefärzteebene beeinflussen, aber gegenüber den dienstniedrigeren Ärzten nicht kommuniziert werden. Diagnose- und behandlungsrelevante Informationen und Interventionen der Krankenhausleitung werden primär an die leitenden Ärzte gerichtet und sind nachgeordneten Ärzten oft nicht transparent: Chefärzte entscheiden teilweise autonom, welche Informationen der Krankenhausleitung an die ärztlichen Mitarbeiter weitergereicht werden (Buhr/Klinke 2006a, b).

Vor allem junge Ärzte fühlen sich überfordert, wenn sie ökonomisch relevante Entscheidungen z. B. über die Aufnahme oder Nichtaufnahme von Patienten alleine und unter Zeitdruck treffen müssen. So zeigte sich in den quantitativen Daten, dass die Arbeitszufriedenheit stark von der Position des Arztes abhängig ist, wobei sich die Assistenzärzte am unteren Ende der Zufriedenheitsskala befinden. 31 Prozent der befragten Ärzte sind häufig nicht in der Lage, ihr Arbeitspensum zu schaffen. Der bisher dominante erklärende Faktor Position wurde auch in Bezug auf die Wahrscheinlichkeit, sich überfordert zu fühlen, getestet. Wie erwartet nimmt der Anteil derjenigen, die das Gefühl haben, ihr Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß zu schaffen umgekehrt proportional zur Höhe ihres Dienstgrades zu (von 58 Prozent bis 75 Prozent).

Da DRG bedingte zusätzliche ärztliche Tätigkeiten nicht durch Neueinstellungen aufgefangen wurden, sind Arbeitsintensivierungen und die Vernachlässigung der psychosozialen Versorgung die Folge. Unter dieser Entwicklung leidet die Arbeitszufriedenheit der Befragten und die Versorgungsqualität der Patienten. Patienten oder Angehörige werden von ca. 95 Prozent der Befragten Ärzten selten bis nie an der Klärung von therapeutischen oder diagnostischen Problemen beteiligt. Patienten/Angehörige werden in privaten Häusern häufiger als in Häusern mit anderer Trägerschaft als anstrengend wahrgenommen, wohingegen administrative Tätigkeiten dort seltener als problematisch betrachtet werden. In freigemeinnützigen Häusern wird mangelnder Schulung in Zeit- und Case-Management seltener begegnet als anderswo.

Diejenigen Ärzte, die häufig oder zumindest manchmal feststellen, dass sie ihr Arbeitspensum nicht oder nicht gemäß den Anforderungen schaffen (76 Prozent der Befragten), sind darüber hinaus gefragt worden, welche Ursachen zu Überforderungssituationen führen. Für 43 Prozent spielt der Konflikt Versorgungsqualität/Kostendruck hierbei eine starke Rolle. 41 Prozent sehen sich von überhöhten Erwartungen von Patienten und Angehörigen überfordert. Wiederum 36 Prozent sehen starke Konflikte zwischen Berufsethos und Kostendruck als ursächlich an. Kompetenzmängel von Kollegen werden von 34 Prozent der Befragten angegeben. Überhöhte Erwartungen von Vorgesetzten spielen für 32 Prozent eine Rolle. Es muss also davon ausgegangen werden, dass durch Überlastung ausgelöste Arbeitsunzufriedenheit und Kommunikationsdefizite verstärkt zu Fehlern bei der Versorgung von Patienten führen.

Faktoren, die Arbeitszufriedenheit bzw. –unzufriedenheit begünstigen, sind für Krankenhausärzte in beiderlei Hinsicht reichlich vorhanden. Wer jedoch sein Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen gemäß bewältigt, kann den Arbeitstag kaum glücklich und zufrieden beenden. Diese Situation ist für ungefähr ein Drittel der im Krankenhaus beschäftigten Ärzte häufig zutreffend und ungefähr genauso viele würden ihre Berufswahl nicht wiederholen. Der Zusammenhang zwischen kumuliertem Wert für negative Arbeitsbedingungen, zu hohem Arbeitspensum und Wiederwahl des Arztberufes wurde getestet und erwies sich als hochgradig signifikant⁷². Ein Zusammenhang kann demnach an dieser Stelle durchaus unterstellt werden. Ein wesentlicher Faktor, der Unzufriedenheit begünstigt, ist die Hierarchie unter Ärzten im Krankenhaus bzw. die organisatorischen Mängel, unter denen besonders die Nachwuchskräfte zu leiden haben (Debatin 2006). Hier könnte ein unmittelbarer Ansatzpunkt liegen, ohne zusätzliche Kosten positive Arbeitsbedingungen zu fördern und mittelbar gleichzeitig die Versorgungsqualität zu erhöhen.

Berufliches Selbstverständnis

Unter DRG Bedingungen haben sich die Tendenzen, die bereits in der 2003er Chefärztebefragung sichtbar waren, fortgesetzt und es konnte anhand der qualitativen Interviews gezeigt werden, dass eine zunehmende Integration gewinnwirtschaftlicher Erwägungen in das berufliche Selbstverständnis über alle Ebenen der ärztlichen Hierarchie hinweg zu beobachten ist.

86 Prozent der Ärzte sind mehr oder weniger dagegen, dass man aus "Kostengründen Patienten effektive Leistungen vorenthalten muss", 56 Prozent davon lehnen Rationierung ganz ab. 3,7 Prozent sind jedoch für uneingeschränkte Rationierung und weitere 10 Prozent sind eingeschränkt für Rationierung. Mit dem Satz "Ärzte müssen alles tun, was gesundheitlich notwendig ist und wirtschaftliche Fragen nachrangig berücksichtigen" waren hingegen nur 71 Prozent. (25 Prozent "voll" und 47 Prozent "eher") einverstanden. Verglichen mit der Rationie-

72 Beziehung zwischen Kumuliertem Wert für negative Arbeitsbedingungen und zu hohem Arbeitspensum Korrelation nach Spearman 0,451 bei Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; Beziehung zwischen kumuliertem Wert für negative Arbeitsbedingungen und Wiederwahl des Arztberufes Korrelation nach Spearman 0,318 bei Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent; Beziehung zwischen kumuliertem Wert für negative Arbeitsbedingungen, zu hohem Arbeitspensum und Wiederwahl des Arztberufes Korrelation nach Spearman 0,148 bei Irrtumswahrscheinlichkeit <1 Prozent.

rungsfrage wird die uneingeschränkte Meinung statt von 56 Prozent, nur noch von 25 Prozent der Krankenhausärzte vertreten. Es fällt ein ungewöhnlich hoher Anteil relativierender Antworten auf ("eingeschränkt richtig", "eher falsch", "problematisch" usw.), was auf Unsicherheit in einer Situation hindeutet, in der bisher gültige Normen in Frage stehen. Insgesamt stimmt jedoch immer noch die Mehrheit der Krankenhausärzte einer Nachrangigkeit wirtschaftlicher Erwägungen zu. Die Realität im eigenen Erfahrungsbereich, die zugleich Realität des eigenen Handelns ist, zeigt sich unter DRG-Bedingungen jedoch widersprüchlich: Während insgesamt 86 Prozent der Ärzte mehr oder weniger stark die Vorenthaltung effektiver Leistung aus Kostengründen ablehnen, wird die Abwesenheit von Rationierung nur von neun Prozent in ihrem Bereich ohne Einschränkung als realisiert angesehen. Anders ausgedrückt arbeiten nur 16 Prozent der Ärzte, die eine Rationierung medizinisch notwendiger Leistungen normativ voll ablehnen, in einem Arbeitskontext, der ihnen ermöglicht auch so zu handeln. Ein großer Teil der Krankenhausärzte arbeitet also in einer Realität, in der das, was sie moralisch für richtig erachten, nicht ihre Praxis ist. Das fällt besonders deshalb ins Gewicht, weil es sich hier um eine weitgehend selbst gestaltete Realität handelt, denn ob im Konfliktfall dem Kostenkalkül oder der medizinischen Notwendigkeit Vorrang eingeräumt wird, ist ja Resultat von ärztlichen Entscheidungen. Im Einzelnen konnten folgende Tendenzen aus der Auswertung der qualitativen Interviews durch die quantitativen Daten bestätigt werden:

- *Gegenüber 2003 ist die berufsethische Integration von gewinnwirtschaftlichen Handlungskalkülen weiter fortgeschritten und nicht nur auf Chefärzte beschränkt, wenngleich diese nachweislich bereits in höherem Maße bereit sind, medizinische Versorgungsbedarfe anhand betriebswirtschaftlicher Erfordernisse zu relativieren.*
- *Die DRGs befördern aufgrund der fallbezogenen Rechenhaftigkeit der Erlöse eine Orientierung des beruflichen Selbstverständnisses von Chefärzten an dem Berufsbild des Managers. Damit sind Chefärzte als diejenige Berufsgruppe zu identifizieren, von der am meisten Druck auf eine Neubestimmung des beruflichen Selbstverständnisses durch Integration ökonomischer Ziele in das Arzt-Patient Verhältnis ausgeht.*
- *Die Wahrnehmung von Konflikten zwischen medizinischen und ökonomischen Handlungsimperativen hat sich verstärkt. Gelöst wird dieser Konflikt vermehrt über Versorgungsentscheidungen, die den Anspruch des Patienten auf eine bestmögliche Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen anhand von Kosten bzw. Erlöserwägungen relativieren. Diesbezügliche berufsethische Normen werden relativiert und von Teilen der Ärzteschaft bereits ganz abgelehnt.*
- *Die Tendenz, dass das berufliche Selbstverständnis von traditionell handwerklich orientierten Disziplinen sich widerspruchsfreier an DRG-Bedingungen adaptieren lässt, als konservative Disziplinen, konnte anhand der quantitativen Daten bestätigt werden.*
- *Es ließen sich Hinweise dafür finden, dass die jeweilige ökonomische Position der eigenen Abteilung bzw. das Ausmaß, in dem bereits medizinisch notwendige Leistungen rationiert werden, die Bereitschaft erhöht, handlungsleitende Normen, die einen Pri-*

mat medizinischer Notwendigkeit fordern, zu relativieren und das berufliche Selbstverständnis dementsprechend zu modifizieren.

Darüber hinaus ließen sich auch Hinweise finden, dass Teile der Ärzteschaft sich derzeit bewusst in Opposition zu den durch Budgetierung und DRGs entstandenen Handlungsimperativen befinden. Die entscheidende Frage, ob es sich um Rückzugsgefechte handelt oder um Zeichen eines wachsenden Widerstandes gegen eine Neudefinition des beruflichen Selbstverständnisses, müssen künftige Untersuchungen zeigen.

Versorgungsqualität

Die Auswertung der Experteninterviews hat gezeigt, dass unmittelbare Folgen der DRG-Einführung für die Versorgungsqualität im Krankenhaus zur Zeit primär diffuser Art sind, da die Krankenhausleitungen bisher relativ wenig direkten Einfluss auf ärztliche Entscheidungen nehmen (können), Erlösen noch keine Kosten gegenüberstellbar sind und daher Ärzten Spielräume verbleiben, auf eine bedarfsgerechte Versorgung ihrer Patienten zu insistieren. Allerdings nehmen 2004 bereits 32 Prozent der Ärzte einen starken Einfluss der Krankenkassen auf die Behandlungsentscheidungen in ihrer Abteilung oder Station wahr. Den Einfluss der Verwaltung schätzen 25 Prozent ebenfalls als stark ein. In privaten Häusern ist dies deutlich häufiger so, als in Häusern mit anderer Trägerschaft. Zusätzlich nimmt die Wirkung diffuser Steuerung durch Erlös und Kostenerwägungen zu, d.h. implizite Rationierung bzw. die „Sche-re im Kopf“ (Assistenzarzt Chirurgie, D101, 19) wird zum Normalzustand, so dass sich vorhandene Handlungsspielräume nicht realisieren (s.o.).

Die DRG-Einführung verstärkt somit viele Entwicklungen, die bereits vorher unter den Bedingungen der Budgetierung begonnen haben. Dies wirkt sich sowohl auf die handwerklich-technische als auch die ganzheitliche Qualität der Versorgung aus. Unter DRG-Bedingungen steht durch die Beschleunigung der Abläufe noch mehr als bisher die Ganzheitlichkeit der Behandlung in Frage. Nur 14 Prozent der Befragten sind der Meinung, dass sie ihren Patienten genügend soziale und emotionale Zuwendung zukommen lassen. 52 Prozent sind zumindest eingeschränkt der Ansicht, ihren Patienten grundsätzlich soziale und emotionale Zuwendung zukommen zu lassen. Für 31 Prozent ist dies grundsätzlich eher nicht der Fall und für drei Prozent der Ärzte gar nicht. Den Pflegenden wird ebenfalls häufig attestiert, dass sie den Patienten zu wenig (32 Prozent) oder gar keine (3 Prozent) soziale und emotionale Unterstützung zu teil werden lassen.

In den Interviews finden sich wenig Hinweise, die eine direkte DRG induzierte Selektion von Patienten belegen. Allerdings wird eingeräumt, dass man sich nur eine begrenzte Anzahl an Fällen leisten kann, die sich nicht rechnen. Als Folge werden zunehmend Wartelisten befürchtet, über die die Kosten gesteuert werden: 2004 berichten 12 Prozent der Ärzte über Wartezeiten von durchschnittlich zwei bis vier Wochen, acht Prozent von ein bis zwei Monaten, drei Prozent von zwei bis drei Monaten bis zum Behandlungstermin. Fünf Prozent der Befragten geben an, dass mehr als 50 Prozent ihrer Patienten mehr als drei Monate auf einen Behand-

lungstermin warten müssen. Diese Werte werden vor allem in einer späteren Vergleichsuntersuchung interessant. Einfluss wird auch die künftige Betten- bzw. Kapazitätsauslastung haben: 32 Prozent der Ärzte gaben an, ihre Abteilung sei im letzten halben Jahr eher überlegt gewesen, 17 Prozent berichten von starken Schwankungen, für ca. 50 Prozent gibt es auf diesem Gebiet keine Probleme. Die Fallstudien (Buhr/Klinke 2006a, b) zeigen, dass die Auslastung von Betten stark von den Gepflogenheiten des jeweiligen Chefarztes abhängen kann: Manche sehen in den DRGs die Aufforderung zu industrieller Produktion und machen z.B. so viele Hüften, dass sie „blutig“ entlassen werden müssen, weil Betten fehlen.

Einschränkungen der Diagnostik gehen zu Lasten der Patienten, da die Gefahr besteht, dass ohne abgesicherte Indikation therapiert wird. Die Interviews haben gezeigt, dass Assistenzärzte unter DRG-Bedingungen von ihren Vorgesetzten aufgefordert werden, auch im Falle der Unsicherheit eine Entscheidung zu treffen. Um trotz Zeitdruck und Ressourcenschonung zügig und zutreffend über Aufnahme und Diagnose zu befinden ist der Einsatz von besonders qualifizierten und erfahrenen Ärzten notwendig. 43 Prozent der befragten Ärzte geben jedoch an, in ihrem Haus sei bei der Notaufnahme als Mindestqualifikation der AiP-Status ausreichend. Nur 8 Prozent sagen, in ihrem Erfahrungsbereich sei der Facharztstatus obligatorisch für den Diensthabenden. Hier muss sich dringend, über verpflichtende Vorgaben,⁷³ das Qualifikationsniveau ändern, um unter den geänderten Bedingungen keine Fehldiagnosen zu provozieren und die Versorgungsqualität in diesem Bereich weiter zu verschlechtern.

Auch bei der regulären Aufnahme fallen unter DRG-Bedingungen wichtige Entscheidungen. Wird z. B. die stationäre Aufnahme von den Kassen nicht akzeptiert, drohen finanzielle Verluste. Auffällig ist der im Vergleich zur Notaufnahme höhere Status der entscheidenden Ärzte: in 24 Prozent der Fälle entscheidet primär oder alleine ein Facharzt, in 34 Prozent ein Ober- oder Chefarzt, d. h. etwa 58 Prozent der Krankenhäuser sorgen dafür, dass qualifizierte Ärzte diese für den Patienten bedeutende Entscheidung treffen. Auch hier muss gefordert werden, dass zumindest der Facharztstatus obligatorisch wird.

Die Vollständigkeit der Patientenakte bei Erstkontakt mit dem Patienten erhält unter diesen Bedingungen eine größere Bedeutung: Wer schneller diagnostiziert, schneller Therapiert und somit früher entlassen kann, muss zumindest alle verfügbaren Informationen haben, um richtige Entscheidungen in kürzerer Zeit zu treffen. Für 44 Prozent der Befragten ist das häufig oder sogar meistens der Fall, für 56 Prozent jedoch selten oder nie.

Wie sehr Maßnahmen der Qualitätssicherung an Kostenerwägungen scheitern, muss künftig systematisch erfasst werden, da sonst die externe Qualitätssicherung ins Leere läuft – Beispiel Pathologie: mangelnde Anzahl an Autopsien, mangelnde Genauigkeit der Untersuchung von entferntem Tumorgewebe⁷⁴ –, denn Qualität kann kollektiv nur dann entstehen, wenn die zu ihrer Herstellung notwendigen Kosten weder dem individuellen Krankenhaus noch einer Ab-

73 Marktförmige Anreize, z.B. an der Qualifikation zu sparen, können nur durch strikte Regulation ausgeschaltet werden, da diese Kosten dann für alle Marktteilnehmer gleich sind und Qualitätsdumping vermieden wird.

74 Mangelnde Umsetzung von BQS Leitlinien zur Messung des Schnittkanten-Sicherheitsabstands bei Mamakarzinom, berichtet in Workshop auf BQS Ergebniskonferenz Externe stationäre Qualitätssicherung vom 07.11.2006 in Berlin.

teilung allein entstehen. Diese Kosten müssen erfasst und in ein entsprechendes Entgeltsystem integriert werden.

Die negativen Folgen der DRGs auf die *Ganzheitlichkeit* der Behandlung sind bisher am deutlichsten, bzw. werden in den Interviews am bereitwilligsten eingeräumt. Dies mag daran liegen, dass für Ärzte häufig die handwerklich-technische Versorgung der Patienten als zentraler Maßstab einer erfolgreichen Behandlung des Patienten gilt (s.o. und vgl. 2.4). Ein solches Verständnis von medizinischer Qualität der Versorgung bietet einen Rückzugspunkt, um die im DRG-System bestehenden Anreize einer Beschränkung auf technische Qualität mit dem beruflichen Selbstverständnis in Einklang zu bringen.

Hingenommen wird jedoch damit, dass der kranke Mensch als Ganzes aus dem Blickfeld des Krankenhausarztes gerät. Für 24 Prozent der Ärzte ist der Pflegestandard in ihrer Abteilung deutlich verbesserungswürdig. Eine Fragmentierung der Behandlung ist ein für das deutsche Gesundheitssystem altbekanntes Problem⁷⁵, dass jedoch durch die DRGs verschärft wird: Solange wie Krankenhäuser nicht generell integrierte Versorgungsleistungen anbieten oder die Zuständigkeit des Hausarztes auf eine alle Sektoren umfassende Koordination von Versorgungsleistungen erweitert wird, muss der Patient sich seine Versorgung mehrheitlich selbst organisieren.

Durch die Verkürzung der Liegezeiten wird der Patient jedoch zusehends in einem Zustand entlassen, in dem er immer weniger in der Lage ist, für sich und seine bedarfsgerechte Versorgung Sorge zu tragen. Durch die Liegezeitverkürzung in Verbindung mit der Durchsetzung der AEP-Kriterien, wird die Kontinuität der Behandlung aufgehoben und einer weiteren Fragmentierung Vorschub geleistet, die bisher vor allem ein negatives Kennzeichen des ambulanten Sektors war. Ein Ziel der Einführung eines DRG-Systems war die Liegezeitverkürzung: 2004 wurde der Entlassungszeitpunkt von 13 Prozent der Ärzte als zu spät und für 21 Prozent der Ärzte als zu früh betrachtet. In Häusern, die bereits unter DRG-Bedingungen abrechneten werden nach der Einschätzung der Ärzte deutlich weniger Patienten zu spät, und mehr Patienten zu früh entlassen. Der Anteil derjenigen, die zum richtigen Zeitpunkt entlassen werden, blieb unverändert.

Je früher das Genesungsstadium der Patienten bei der Entlassung, desto wichtiger wird das Entlassungsmanagement: 55 Prozent der Ärzte kooperieren mit Reha-Einrichtungen im Rahmen von Entlassungs- oder Überleitungsmanagement, von 40 Prozent der Befragten wird die Kooperation als gut eingeschätzt. Mit ambulanter Pflege kooperieren Abteilungen in 48 Prozent (31 Prozent "gut") 46 Prozent kooperieren mit Einrichtungen der stationären Pflege (25 Prozent "gut"). Jedoch nur in den Abteilungen von 31 Prozent der Befragten wird mit niedergelassenen Ärzten zusammengearbeitet, was nur von 18 Prozent als "gut" eingestuft wird. Durchgängig hat sich damit bestätigt, was bereits die qualitativen Befunde nahe legten (Buhr/Klinke 2006a, b): Die Entlassung aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich ist häufig ein Black-Box-Verfahren. Zwar vermittelt der Sozialdienst Hilfen, aber es existieren

75 Fachärzte kooperieren nicht mit Hausärzten, Hausärzte nicht mit Krankenhäusern, Krankenhäuser nicht mit Fachärzten etc.

nur sporadisch Feedback-Schleifen, was aus den Patienten geworden ist. Wobei den Krankenhausärzten durchaus bewusst ist, dass die Versorgungssituation im ambulanten Bereich schlechter und teilweise schlicht unzureichend ist. Da unter DRG-Bedingungen der Patient bereits in einem nicht geheilten Zustand aus dem Krankenhaus entlassen wird, entziehen sich auftretende Komplikationen weitgehend der Statistik, weil im niedergelassenen Bereich solche Daten bisher nicht erhoben werden.

Die wirtschaftliche Lage und der Gestaltungsspielraum beruht auf einer Kombination aus Versorgungsauftrag (Verhandlungsmacht gegenüber Land, Kommune und Kassen), Konkurrenzsituation in der Region mit anderen Versorgern, Zielen und Durchsetzungsfähigkeit der Krankenhausleitung sowie Zielen und Durchsetzungsfähigkeit der (Chef-) Ärzte, denn für 82 Prozent der Befragten nehmen Chefärzte einen starken bis sehr starken Einfluss auf die Behandlungsentscheidung. Der Einfluss der Krankenkassen auf Versorgungsentscheidungen nimmt tendenziell zu, insbesondere wenn künftig die Kassen Versorgungsverträge mit einzelnen Häusern schließen. Schließlich bleibt abzuwarten, wieweit der Aufbau von Qualitätssicherungssystemen in Zukunft ein Gegengewicht gegenüber Einschränkungen der Versorgungsqualität bilden kann.

Zumindest in einzelnen Häusern oder Abteilungen haben implizite Formen der Rationierung ein Ausmaß erreicht (vgl. Abschnitt berufliches Selbstverständnis), dass eindeutig zu Nachteilen für die Qualität der Patientenversorgung führt.

- *Die psychosoziale Versorgung wird, ausgehend von einem niedrigen Niveau, weiter abgesenkt, mit der Folge, dass Versorgungsbedarfe weniger durchsetzungsfähiger Patientengruppen unentdeckt bleiben;*
- *Gravierende Schnittstellenprobleme, müssen als existent angenommen werden, zumal bisher keine (noch nicht mal in Ansätzen) Sektorengrenzen übergreifende Qualitätssicherung implementiert wurde.*

Im Hinblick auf die weitere Entwicklung ist zu fragen, ob es im Zuge der verstärkten Budgetwirksamkeit der DRGs zu einer Verstärkung und Vereinheitlichung der Entwicklung in Richtung Verschlechterung der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten und Verschlechterung der Versorgungsqualität für die Patienten kommt oder über „Marktbereinigungen“ (Klinke 2005c) diejenigen Häuser von Schließungen betroffen sein werden, die schlecht mit dem neuen Finanzierungsmodell zurecht kommen. Wenn allerdings diese Bereinigung vor allem in der Fläche geschieht, wird der Grundsatz der Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse Art. 72 (2) GG in Verbindung mit den Leistungsansprüchen der Versicherten nach § 2 und §§ 11-12 sowie § 39 SGB V aufgegeben.

4 Literatur

- Amon, Linda, 2004: *Todesfälle Krankenhaus. Wenn Ärzte pfuschen und vertuschen*, Wien: Ueberreuter.
- Barthold, Hans-Martin, 2005: "Enorme Arbeitsverdichtung. Berufe im Gesundheitswesen zwischen medizinischem Fortschritt und ökonomischen Beschränkungen", in: *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 18.06.2005: 57.
- Bieback, Karl-Jürgen, 1993: *Allgemeine sozial- und verfassungsrechtliche Aspekte des GSG*, in: *Zeitschrift für Sozialreform*, Bd. 38, Heft 4: 197-218.
- Blanke, Bernhard; Kania, Helga, 1996: *Die Ökonomisierung der Gesundheitspolitik. Von der Globalsteuerung zum Wettbewerbskonzept im Gesundheitswesen*, in: *Leviathan*, Bd. 24, Heft 4: 512-537.
- Blum, Karl; Müller, Udo, 2003: *Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser. Bestandsaufnahme und Verbesserungsvorschläge*, Bd. 11, hrsg. von DKG, Wissenschaft und Praxis der Krankenhausökonomie, Düsseldorf: Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft.
- Blum, Karl; Müller, Udo; Offermanns, Matthias, 2004: *Auswirkungen alternativer Arbeitszeitmodelle. Abschlussbericht* Deutsches Krankenhausinstitut e. V.: Düsseldorf.
- BMA, 1999: "Sozialgesetzbuch" in *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung*. München: C.H. Beck.
- Boerner, Sabine; Dütschke, Elisabeth; Schwämmle, Angelika, 2005: *Freiwillig mehr tun? Organizational Citizenship Behavior im Krankenhaus – ein Vergleich zwischen Ärzten und Pflegekräften*, in: *Das Gesundheitswesen*, Bd. 67, Heft 11: 770-776.
- Bontrop, Heinz-J., 1999: *Zu den Irrtümern am Gesundheitsmarkt*, in: *Sozialer Fortschritt*, Bd. 48, Heft 4: 84-92.
- BQS, 2005: *Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2004*, Düsseldorf: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2003: *Auswirkungen von Vergütungsformen auf die Qualität der stationären Versorgung. Ergebnisse einer Längsschnittanalyse von GKV-Routinedaten und einer Patientenbefragung*, Bd. 26, hrsg. von Ersatzkasse, Gmünder, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Sankt Augustin: Asgard.
- Braun, Bernard; Müller, Rolf, 2006: *Versorgungsqualität im Krankenhaus aus der Perspektive der Patienten*, St. Augustin: Asgard.
- Bröckling, Ulrich, 2000: "Totale Mobilmachung. Menschenführung im Qualitäts- und Selbstmanagement", in: Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hg.), *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp: 131-167.
- Bröckling, Ulrich; Krasmann, Susanne; Lemke, Thomas (Hg.), 2000: *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brucks, Ursula, 2003: "Die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung als ärztliche Aufgabe", in: Ulich, Eberhard (Hg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen; Ressourcen*, Schriften zur Arbeitspsychologie, Bern et al.: Hans Huber: 59-73.
- Buestrich, Michael; Finke, Frank Peter; Latorre, Federico, 2005: *Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung: Möglichkeiten präventiver Arbeitsförderung im Klinikbereich*, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Bd. 59, Heft 03-04: 31-41.
- Buhr, Petra; Klink, Sebastian, 2006a: *Qualitative Folgen der DRG-Einführung für Arbeitsbedingungen und Versorgung im Krankenhaus unter Bedingungen fortgesetzter Budgetierung*, Bd. SP I 2006-311, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

- Buhr, Petra; Klinke, Sebastian, 2006b: *Versorgungsqualität im DRG-Zeitalter. Erste Ergebnisse einer qualitativen Studie in vier Krankenhäusern*, ZeS-Arbeitspapier Nr. 6/2006, Bremen: Zentrum für Sozialpolitik.
- Business-AD, 2005: *Hospital ABC*, Abgerufen am. 02.02.2006, http://www.business-ad.de/mediadaten/media_hospital.pdf: Business Advertising GmbH.
- Büssing, Andre; Glaser, Jürgen, 2002: *Das Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren für das Krankenhaus. Selbstbeobachtungsversion (TAA-KH-S)*, hrsg. von Hoefert, Hans-Wolfgang; et al., Organisation und Medizin, Göttingen et al.: Hogrefe.
- Carelounge, 2006: *Drohende Einkommensverluste bei Klinikärzten*, Abgerufen am. 01.02.2006, http://www.carelounge.de/pflegeberufe/news/news_ansehen.php?meldungID=1018: Carmen Wingenbach.
- Conrad, Douglas A.; Christianson, Jon B., 2004: *Penetrating the "Black Box": Financial Incentives for Enhancing the Quality of Physician Services*, in: *Medical Care Research and Review*, Bd. 61, Heft 3: 69-75.
- Debatin, Jörg F., 2006: "Blind auf einem Auge", in: *Financial Times Deutschland*, 22.03.2006.
- Dieterich, Anja, 2006: *Eigenverantwortlich, informiert und anspruchsvoll ... Der Diskurs um den mündigen Patienten aus ärztlicher Sicht*, Bd. SP I 2006-310, hrsg. von WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- DKG, 2006: *62 Prozent der Ärzte lehnen Abschaffung der Bereitschaftsdienste ab. Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)*, Abgerufen am. 30.01.2006, <http://www.dkgev.de/dkgev.php/print/1/cat/35/aid/1562>.
- Eichhorn, Peter; Greiling, Dorothea, 2003: "Das Krankenhaus als Unternehmen", in: Arnold, Michael; Klauber, Jürgen; Schellschmidt, Henner (Hg.), *Krankenhaus-Report 2002. Schwerpunkt: Krankenhaus im Wettbewerb*, Stuttgart: Schattauer: 31-41.
- Gäfigen, Gérard, 2003: "Gesundheitsökonomie in der Bundesrepublik Deutschland: Ein Rückblick auf ihre Entwicklung, Förderung und Erfolge", in: Wille, Eberhard (Hg.), *Rationierung im Gesundheitswesen und ihre Alternativen*, Gesundheitsökonomische Beiträge, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft: 17-19.
- Gern, Wolfgang, 2004: "Sieben Thesen zur Ökonomisierung der Diakonie. Ausverkauf oder Chance?", in: Ulshöfer, Gotlind; et al. (Hg.), *Ökonomisierung der Diakonie. Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen*, Frankfurt/M.: Haag + Herchen: 62-65.
- Hasenbein, U.; et al., 2005: *Ärztliche Einstellungen gegenüber Leitlinien. Eine empirische Untersuchung in neurologischen Kliniken*, in: *Gesundheitswesen*, Bd. 67, Heft 5: 332-341.
- Jakobi, Tobias, 2004: "Vom eingetragenen Verein zur Aktiengesellschaft: Chancen und Risiken von Rechtsformen", in: Ulshöfer, Gotlind; et al. (Hg.), *Ökonomisierung der Diakonie. Kulturwende im Krankenhaus und bei sozialen Einrichtungen*, Frankfurt/M.: Haag + Herchen: 78-88.
- Kaiser, Roland H., 2002: *Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten im Krankenhaus. Eine empirische Untersuchung in Hessen, Rheinland-Pfalz und im Saarland*, Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Kaiser, Roland H.; Kortmann, Andreas, 2002: *Teil I der Ergebnisse einer Umfrage der Landesärztekammer zu Arbeitszeiten und -bedingungen hessischer Krankenhausärzte im Sommer 2001. Arbeitszeit hessischer A.i.P., Assistenten und Oberärzte*, in: *Hessisches Ärzteblatt*, Heft 2: 71-73.
- Klemperer, David, 2003: *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*, SP I 2003-302 Berlin.
- Klinke, Sebastian, 2003a: *Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen*, Diplom Arbeit, Studiengang Politikwissenschaft, <http://www.sebastian-klinke.de/forschung/DiplGesamt.pdf>; Universität Bremen: Bremen.

- Klinke, Sebastian, 2003b: *Ordnungspolitischer Wandel im Gesundheitssystem als Folge der Reformgesetzgebungsbemühungen. Materialband*, Diplom Arbeit, Diplom Studiengang Politikwissenschaft; Universität Bremen: Bremen.
- Klinke, Sebastian, 2005a: *Definition von "Medizinischer Notwendigkeit" in Lexika und SGB V. Dokumentation von Fundstellen*, Recherche im Kontext des Forschungsprojekts WAMP, FG PH, http://www.sebastian-klinke.de/forschung/Begriffsbestimmung_Notwendigkeit.pdf; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Berlin.
- Klinke, Sebastian, 2005b: *Entwicklung und Anwendung eines Modells zur Messung von ordnungspolitischen Wandel. Auswirkungen der gesundheitspolitischen Reformgesetzgebung auf Perzeption und Verhalten von Chefärzten im Bundesland Bremen*, Bd. SP I 2005-303, hrsg. von WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Klinke, Sebastian, 2005c: "Von Menschen, Häusern und Autos. Schöpferische Zerstörung - Wie die deutsche Kliniklandschaft gesunden soll", in: *Freitag*, 23.12.2005: 5.
- Klinke, Sebastian; Kühn, Hagen, 2006: *Auswirkungen des DRG-Entgeltsystems auf Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten und die Versorgungsqualität in deutschen Krankenhäusern*, Bd. SP I 2006-309, hrsg. von WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Klug, Irmgard, 2004: *"Das haben wir immer schon so Gemacht!" Warum gute Arbeitszeitmodelle manchmal am Widerstand der Ärzte scheitern*, in: *Arbeitszeit im Krankenhaus*, Heft 7/2004: 50-52.
- Kuhlmann, Ellen, 2000: "Ärztliche Aufklärungspraxis im Spannungsfeld zwischen Patienteninteressen und Budget", in: Gerlinger, Thomas; et al. (Hg.), *Kostendruck im Krankenhaus*, Jahrbuch für Kritische Medizin, Hamburg: Argument-Verlag: 37-52.
- Kühn, Hagen, 2002: "Arzt-Patient-Beziehung und ökonomische Steuerung des Arztverhaltens", in: Meißel, T.; Eichberger, G. (Hg.), *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie*, Linz: edition pro mente: 77-101.
- Kühn, Hagen, 2003: "Ethische Probleme der Ökonomisierung von Krankenhausarbeit", in: Büssing, A.; Glaser, J. (Hg.), *Dienstleistungsqualität und Qualität des Arbeitslebens im Krankenhaus*, Schriftenreihe Organisation und Medizin, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe: 77-98.
- Kühn, Hagen, 2006: *Der Ehtikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung*, Bd. SP I 2006-303, hrsg. von WZB, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Kunz, Gerhard; Lüschen, Günther, 1993: *Arztberuf und Gesundheitspolitik I. Strukturreform und Pflegeproblematik im ärztlichen Meinungsbild*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Bd. 90, Heft 28/29: 1317-1321.
- Landon, Bruce E., 2004: *Commentary on "Penetrating the 'Black Box': Financial Incentives for Enhancing the Quality of Physician Services"*, in: *Medical Care Research and Review*, Bd. 61, Heft 3: 69-75.
- Leathard, Audrey (Hg.), 2004: *Interprofessional Collaboration. From Policy to Practise in Health and Social Care*, Hove, New York: Brunner-Routledge.
- Lipski, Annett, 2004: *Sozialarbeit im Krankenhaus nach Einführung der DRG. Konzeptentwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Kundenzufriedenheit*, Bd. 9, hrsg. von Mühlbauer, Bernd H.; Schallenberg, Peter, Management und Humanität im Gesundheitswesen, Münster: Lit Verlag.
- Lorenz, Alfred L., 2000: *Abgrenzen oder zusammen arbeiten? Krankenpflege und die ärztliche Profession*, Frankfurt/M.: Mabuse.
- MBO-Ä, 1997: *(Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä 1997) in der Fassung der Beschlüsse des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach*, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 37: A-2345-2354.

- Müller, Brigitte, 2000: "Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus", in: Teste, Ulrike; Witte, Bernd (Hg.), *Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Arbeitsbedingungen, -belastungen und Gesundheitsrisiken*, Hamburg: VSA: 109-161.
- Nederegger, Geor, 2005: *Editorial: Aus Patienten werden Kunden*, in: *Health. Management-Wissen für die Gesundheitsbranche*, Heft 7: 4-5.
- Nullmeier, Frank, 2004: *Vermarktlichung des Sozialstaats*, in: *WSI Mitteilungen*, Bd. 57, Heft 9: 495-500.
- o. A., 2006: *DBfK: Pflegekräfte brauchen dringend bessere Arbeitsbedingungen*, in: *Das Krankenhaus*, Heft 1: 8.
- Resch, Martin, 2005: "Mobbing in Krankenhäusern - Konfliktmanagement und Prävention", in: BGW (Hg.), *Gesundheitsschutz in Krankenhaus und Klinik*, bgwforum (2005), Wittingen: Neef + Stumme: 101-103.
- Robert Bosch Stiftung (Hg.), 1995: *Das Arztbild der Zukunft. Analysen künftiger Anforderungen an den Arzt. Konsequenzen für die Ausbildung und Wege zu ihrer Reform. Abschlußbericht des Murrhardter Kreises*, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, (3.) Gerlingen: Bleicher.
- Rothgang, Heinz, 1996: "Vom Bedarfs- zum Budgetprinzip? Die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung", in: Clausen, Lars (Hg.), *Gesellschaften im Umbruch. Verhandlungen des 27. Kongresses der Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 1995*, Frankfurt/M; New York: Campus: 930-946.
- Simon, Michael, 2001: *Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Der wachsende Einfluss ökonomischer Ziele auf patientenbezogene Entscheidungen*, hrsg. von Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Discussion Papers, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Six, Bernd; Kleinbeck, Uwe, 1989: "Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit", in: Roth, E. (Hg.), *Organisationspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*, Göttingen: Hogrefe: 348-398.
- Statistisches Bundesamt (Hg.), 2003: *Gesundheitswesen. Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2001*, Fachserie 12 / Reihe 6.1, Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Stern, Klaus, 1996: *Ende eines Traumberufs? Lebensqualität und Belastungen bei Ärztinnen und Ärzten*, Münster, New York: Waxmann.
- Stratmeyer, Peter, 2002: *Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin*, Grundlagentexte Pflegewissenschaft, Weinheim, München: Juventa.
- Ulich, Eberhard (Hg.), 2003: *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis. Arbeitsbedingungen, Belastungen; Ressourcen*, Schriften zur Arbeitspsychologie, Bern et al.: Hans Huber.
- Vogd, Werner, 2002: *Die Bedeutung von "Rahmen" (frames) für die Arzt-Patient-Interaktion. Eine Studie zur ärztlichen Herstellung von dem, "was der Fall ist" im gewöhnlichen Krankenhausalltag*, in: *ZBBS*, Heft 2: 301-326.
- Vogd, Werner, 2004: *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (>>frames<<) und Rahmungsprozessen*, Akademische Abhandlungen zur Soziologie, Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung.
- Vogel, Hans Rüdiger (Hg.), 1994: *Budgetierung und Therapiefreiheit - Konsequenzen für die ärztliche Verantwortung*, Stuttgart, New York: Gustav Fischer.
- Wahrig, Gerhard (Begr.); Wahrig-Burfeind, Renate (Hg.), 2002: *Deutsches Wörterbuch. Mit einem 'Lexikon der deutschen Sprachlehre'. Der deutsche Wortschatz in über 250.000 Stichwörtern, Anwendungsbeispielen und Redewendungen. Mit umfassenden Bedeutungserklärungen und ausführlichen Angaben zu Rechtschreibung, Grammatik, Aussprache, Stil und Herkunft.*, (7., vollst. neu bearb. u. aktual. Aufl.) Gütersloh: Wissen Media Verlag.

Weber, Max, 1964: *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie*, Köln usf.

Weber, Max; Mommsen, Wolfgang J. (Hg.), 1992: *Wissenschaft als Beruf: 1917/1919. Politik als Beruf: 1919*, Max Weber Gesamtausgabe. Im Auftrag der Kommission für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte der Bayerischen Akademie der Wissenschaften, Tübingen: Mohr.